



Univerzita Karlova v Praze
Katedra psychologie Filozofické fakulty
Studijní program psychologie, studijní obor klinická psychologie

DIZERTAČNÍ PRÁCE

PhDr. Markéta Holubová

**Posttraumatický stres a posttraumatický růst u příslušníků
hasičských záchranných sborů**

Posttraumatic stress and posttraumatic growth in members of
fire rescue service

Školitel: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Konzultant: PhDr. Marie Sotolářová

2015

Poděkování

Děkuji všem příslušníkům hasičských záchranných sborů, kteří participovali na výzkumném projektu BeSeCu a především pak hasičům, jenž se v rámci terénní studie zúčastnili dotazníkového šetření a podělili se o své psychicky nejnáročnější zážitky ze zásahů. Děkuji rovněž genmjr. Ing. Miroslavu Štěpánovi, který svým souhlasem projekt podpořil, i vedoucím krajských sborů a všem příslušníkům, s jejichž podporou se v České republice podařilo výzkum hladce zrealizovat.

Děkuji všem spolupracovníkům z mezinárodního výzkumného týmu BeSeCu a především svým českým kolegům – doc. PhDr. Markovi Preissovi, Ph.D., za umožnění zajímavé a poučné spolupráce na takto rozsáhlém projektu a zejména děkuji PhDr. Marii Sotolářové, která zajistila kvalitní spolupráci s českými hasiči i sběr dat u tohoto souboru. Dále Marii Sotolářové děkuji za přátelský přístup, vstřícnost, přínosné konzultace a cenné informace, jakož i psychickou podporu při psaní této práce.

Děkuji rovněž oddělení klinické psychologie Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, především své školitelce PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D., a prof. PhDr. Jiřímu Šípkovi, CSc., Ph.D., za vstřícné provázení v průběhu studia i rady a podporu během psaní předkládané dizertační práce. Děkuji i Ince Dvořákové za ochotu a pomoc při řešení studijních záležitostí. V neposlední řadě patří velký dík RNDr. Petrovi Boschovi, CSc., za statistické zpracování dat a podnětné konzultace.

Závěrem děkuji svým rodičům, prarodičům a blízkým přátelům za trpělivost a podporu během studia. Především pak děkuji Mgr. Alici Pulkrabkové za průběžnou psychickou podporu a jazykovou korekturu, PhDr. Haně Štěpánkové, Ph.D., za kritické připomínky, PhDr. Adéle Jenčové za podporu, Ing. Lence Brodanové za praktickou pomoc a prof. MUDr. Marii Brodanové, DrSc., za kritické čtení a korekturu tohoto textu.

Děkuji též primáři Ústředního lékařsko-psychologického oddělení Ústřední vojenské nemocnice plk. PhDr. Jiřímu Klosemu, Ph.D., za podporu postgraduálního vzdělávání na pracovišti.

Prohlašuji, že jsem dizertační práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. 6. 2015

PhDr. Markéta Holubová

Abstrakt

Hasiči se při zdolávání mimořádných událostí nezdávají do situace ohrožení vlastního života či tělesné integrity a jsou svědky traumatizace druhých osob. To může vést k rozvoji posttraumatických poruch. Traumatické zkušenosti však mohou skýtat i rozvojový potenciál. Předkládaná práce je zaměřena na posttraumatický stres – na symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSD) a posttraumatický růst u příslušníků hasičských záchranných sborů. Jejím hlavním cílem je rozšířit dosavadní výzkumné poznatky v oblasti posttraumatických stavů u profesionálních záchranářů o zjištění pocházející z mezinárodního souboru hasičů. Soubor zahrnoval hasiče z České republiky (N=302) a dalších šesti evropských zemí (N=2241). Sběr dat proběhl formou dotazníkového šetření. Posttraumatické symptomy byly měřeny sebeuposuzovací škálou Impact of event scale-revised, posttraumatický růst inventářem Posttraumatic growth inventory-short form. Byla porovnána data českých a evropských hasičů s předpokladem, že mezi příslušníky stejné profesní skupiny nebudou nalezeny rozdíly. V některých měřených parametrech však drobné odlišnosti zjištěny byly. U českých hasičů byla sledována nižší míra symptomů znovuprožívání a zvýšené dráždivosti, a vyšší posttraumatický růst. V symptomech vyhýbání a celkové míře posttraumatického stresu mezi soubory nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Zjištěné výsledky jsou diskutovány v souvislosti s jejich generalizovatelností a implikacemi pro praxi.

Klíčová slova: posttraumatický stres, posttraumatický růst, hasiči, profesionální záchranáři

Abstract

Firefighters often work under circumstances that endanger their lives or physical integrity and witness traumatic experiences of other people while managing effects of devastating emergency situations. As a result of this exposure they can suffer from trauma and stress related disorders. However, traumatic experiences may also offer potential for growth. This thesis is aimed at posttraumatic stress - symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth in members of fire rescue service. The main objective is widening of existing posttraumatic research in professional rescuers with findings from multinational sample of firefighters. Sample consisted of firefighters from Czech Republic (N=302) and six other European countries (N=2241). Study was carried out through questionnaire-based data gathering. Symptoms of posttraumatic stress were assessed via self-rating measure Impact of event scale - revised, posttraumatic growth via Posttraumatic growth inventory - short form. Comparison of Czech and European firefighters was made with the premise that among members of this professional group there would be found no differences. Subtle dissimilarities were, however, observed in several measured parameters. Czech firefighters reported lower extent of symptoms intrusion and hyperarousal, and higher posttraumatic growth. In avoidance symptoms and overall extent of posttraumatic stress there was found no significant difference. Findings are discussed with regard to their generalizability and practical implications.

Key words: posttraumatic stress, posttraumatic growth, firefighters, professional rescue workers

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	8
Úvod.....	10
Teoretická část	
1. Stres.....	13
1.1 Vymezení základních pojmů	13
1.2 Teorie stresu	15
1.3 Faktory ovlivňující působení stresu	17
2. Trauma.....	21
2.1 Základní charakteristika traumatu	21
2.2 Duševní poruchy spojené s těžkým stresem a traumatem	23
2.2.1 ICD-10	25
2.2.2 DSM-V	30
2.3 Diferenciální diagnostika a komorbidita	35
2.4 Diagnostika traumatu	38
2.5 Terapie traumatu	41
3. Posttraumatický růst	46
3.1 Stručný úvod do problematiky	46
3.2 Základní modely posttraumatického růstu	47
3.2.1 Model Tedeschiho a Calhouna	48
3.2.2 Další koncepce	49
3.3 Vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem	52
3.4 Měření posttraumatického růstu	53
3.5 Facilitace posttraumatického růstu	54
4. Záchranné složky	57
4.1 Integrovaný záchranný systém	57
4.2 Hasičský záchranný sbor České republiky	60
4.2.1 Základní informace	60
4.2.2 Psychologická služba	63
4.2.3 Critical incident stress management	65
4.3 Výzkum v oblasti posttraumatických stavů u profesionálních záchranářů	66
4.3.1 Stres a trauma	66
4.3.2 Posttraumatický růst	70

Praktická část

5.	Výzkumný problém a cíle práce	75
5.1	Výzkumné otázky	75
5.2	Hypotézy	76
5.3	Vymezení zkoumaných proměnných	77
6.	Soubor	78
6.1	Způsob výběru účastníků	78
6.2	Popis souboru	78
7.	Metodika	83
7.1	Design studie	83
7.1.1	Terénní studie	84
7.2	Metody	86
7.2.1	BeSeCu-FR	86
7.3	Analýza dat	89
8.	Výsledky	90
8.1	Posttraumatická stresová porucha	91
8.2	Posttraumatický růst	95
8.3	Vztah mezi symptomy PTSD a posttraumatickým růstem	96
8.4	Shrnutí výsledků	98
9.	Diskuze	100
9.1	Limitace	100
9.1.1	Složení souboru	100
9.1.2	Realizace výzkumu	103
9.1.3	Nástroje využité ke sběru dat	107
9.2	Zjištěné výsledky a jejich interpretace	111
9.2.1	Posttraumatický stres	111
9.2.2	Posttraumatický růst	118
9.2.3	Vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem	122
9.3	Generalizovatelnost výsledků a praktické implikace	126
9.4	Podněty pro další výzkum	131
10.	Závěr	133
	Seznam použité literatury a pramenů.....	136
	Přílohy	

Seznam použitých zkratk

ADRA	Adventist Development and Relief Agency
BeSeCu	Behavior, Security, Culture
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CISM	Critical Incident Stress Management
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR: 4., revidované vydání; DSM-V: 5. vydání)
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
EMG	Elektromyografického
ERP	Event-related potentials
fMRI	Funkční magnetická rezonance
GAD	Generalized anxiety disorder
GAS	General adaptation syndrome
GŘ HZS ČR	Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
ICD	International Classification of Diseases (ICD-10: 10. revize; ICD-11: 11. revize)
IES	Impact of event scale
IES-R	Impact of event scale - revised
IZS	Integrovaný záchranný systém
JPO	Jednotky požární ochrany
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10: 10. revize)
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
OCD	Obsessive-compulsive disorder
PČR	Policie České republiky

PET	Pozitronová emisní tomografie
PIP	Posttraumatická intervenční péče
PTG	Posttraumatic growth
PTGI	Posttraumatic growth inventory
PTGI-SF	Posttraumatic growth inventory-short form
PTSD	Posttraumatic stress disorder
WTC	World Trade Center
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Krizové situace ve smyslu traumatických událostí nejsou zcela běžnou součástí života, alespoň u většiny populace. Pro příslušníky z řad záchranářů, jako jsou například hasiči, je však opak pravdou. Záchranáři jsou v rámci výkonu své profese často vystaveni okolnostem, při nichž se setkávají s neštěstím a utrpením druhých, a nezdědka se sami dostávají do situací ohrožení vlastního života či zdraví – čili mohou být mimořádnými událostmi, při nichž zasahují, sami zasaženi. Výzkum v oblasti krizí a neštěstí, a jejich dopadu na psychiku zasažených lidí narůstá. Zkoumány jsou rozličné potenciálně traumatizující události, jako např. požáry, povodně, tajfuny a jiné přírodní katastrofy, dále teroristické útoky, různé formy fyzického násilí jako znásilnění, zneužívání či válečné konflikty, a nověji též život ohrožující onemocnění či těžké chronické stavy. Tradičně byl výzkum v této oblasti orientován zejména na negativní důsledky zmíněných událostí ve smyslu rozvoje psychopatologie, především posttraumatických poruch. Zhruba v posledních dvou dekadách však lze pozorovat přesun pozornosti od nemoci směrem ke zdraví. Stále více prací pojednává také o pozitivních následcích traumatu – o tzv. posttraumatickém růstu. Tyto studie jsou převážně zaměřeny na osoby zasažené zmíněných událostí, nicméně postupně se zejména v zahraničí objevuje stále více výzkumných prací věnovaných profesionálům, jako jsou zejména hasiči, zdravotníci záchranné služby a policisté, kteří při různých neštěstích zasahují. Převážná většina těchto prací je orientována na dopady konkrétních mimořádných událostí, většinou velkého rozsahu jakými jsou například živelní pohromy či teroristické útoky. Studií zkoumajících následky těchto fyzicky i psychicky náročných profesí jako takových je zatím podstatně méně, zejména u hasičského záchranného sboru.

Předkládaná dizertační práce je zaměřena na posttraumatický stres a posttraumatický růst u příslušníků hasičských záchranných sborů v souvislosti s výkonem profese (vzhledem k subjektivně nejvíce stresující pracovní události). Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna do čtyř kapitol a poskytuje teoretický rámec části praktické. První kapitola je stručným úvodem do problematiky stresu: definuje základní pojmy vztahující se ke stresu, představuje hlavní teorie stresu a ilustruje faktory, které dynamiku působení stresu ovlivňují. Druhá kapitola je věnována traumatu: uvádí základní charakteristiky traumatu a souvisejících pojmů a proměnných, popisuje duševní

poruchy přímo spojené s těžkým stresem a traumatem, zmiňuje další psychické poruchy, které mohou být s posttraumatickými poruchami v komorbiditě nebo je mohou připomínat, a nastiňuje možnosti diagnostiky a terapie traumatu. Třetí kapitola seznamuje se základními modely posttraumatického růstu, prezentuje vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem a popisuje možnosti měření a facilitace posttraumatického růstu. Závěrečná kapitola teoretické části pojednává o záchranných složkách v České republice: představuje integrovaný záchranný systém a jeho složky s podrobnějším zaměřením na Hasičský záchranný sbor České republiky, a dále poskytuje přehled dosavadních výzkumných zjištění v oblasti posttraumatického stresu a posttraumatického růstu u hasičů a dalších příslušníků záchranných složek. Praktická část je věnována výzkumu posttraumatických stavů u českých a evropských hasičů. Je členěna do pěti kapitol: po krátkém úvodu je představen výzkumný záměr a cíle práce spolu s výzkumnými otázkami a hypotézami, následuje charakteristika zkoumaného souboru, popis realizace výzkumu, metod sběru a analýzy dat, přehled zjištěných výsledků a diskuse zaměřená především na přehled limitací výzkumného projektu a interpretaci výsledků, spolu s implikacemi pro praxi a podněty pro další výzkum. V závěru práce jsou pak shrnuty hlavní zjištění a nastíněna možnost jejich praktického přínosu.

Hlavním cílem práce je rozšířit dosavadní výzkumné poznatky v oblasti mimořádných událostí a jejich psychických následků na zasahující příslušníky o data pocházející z mezinárodního souboru hasičů, kteří slouží jako zástupci profesionálních záchranářů. Nabízí se otázka, do jaké míry jsou tyto profese srovnatelné vzhledem k nestejné pracovní náplni. Nicméně, z dostupných studií se ukazuje, že prevalence posttraumatických poruch je u záchranářů vcelku obdobná a navzdory jejich vysoké psychické odolnosti je nezdědkou vyšší či minimálně srovnatelná s jejich rozšířeností v běžné populaci. Přesto však například v České republice duševní poruchy způsobené těžkým stresem stále chybí v klasifikaci nemocí z povolání. Důvodem je nedostatečné výzkumné podložení této problematiky, k němuž by mohla tato práce přispět a zároveň by mohla být podkladem pro znovuotevření diskuse nad zařazením posttraumatických poruch do klasifikace nemocí z povolání.

Data využitá v této práci pocházejí z mezinárodního projektu BeSeCu (Behavior, Security, Culture) na němž autorka participovala formou překladu manuálů a metod po sběr dat, organizaci a sběru dat, přepisu získaných poznatků do databáze a posléze i prací na analýze získaných dat a jejich publikaci formou spoluautorství článků v recenzovaných domácích i zahraničních periodických a na odborných akcích. Dílčí výsledky výzkumu byly například prezentovány prostřednictvím přednášek a posterů na odborných konferencích či setkáních pracovních skupin, např. psychologů Hasičského záchranného sboru ČR a členů týmu posttraumatické intervenční péče při Řízení letového provozu ČR. Vedle zmíněné výzkumné činnosti se autorka s posttraumatickou tematikou setkává v posledních letech též v klinickém prostředí – na současném pracovišti se podílí na diagnostice příslušníků Armády České republiky, např. v rámci posouzení duševního stavu před a po návratu ze zahraničních operací, a v případě potřeby poskytuje psychoterapeutickou péči.

Poznámka: Použitá literatura a prameny byly citovány dle normy Americké psychologické asociace (APA, 2010). Ta se od další frekventovaně užívané citační normy ČSN ISO 690 liší v několika ohledech, například umožňuje sekundární citace, vyžaduje méně údajů pro identifikaci (např. u knih se neuvádí ISBN, u elektronických časopisů se preferuje doi, je-li uvedeno).

1. Stres

Stres je v moderní době takřka běžnou součástí života. Při jeho nadměrné intenzitě či dlouhodobém působení může mít negativní vliv na zdraví, a to jak fyzické, tak psychické. Extrémní formy stresu mohou mít blízko k traumatu, které je stěžejním tématem této práce. Odolnost vůči zátěži, která je často zmiňována v souvislosti se stresem, stejně jako strategie zvládnání stresu, ovlivňují i vyrovnání se s traumatickou zkušeností. Proto je první kapitola této práce věnována stresu: definuje základní pojmy vztahující se ke stresu, představuje hlavní teorie stresu a ilustruje faktory, které dynamiku působení stresu ovlivňují.

1.1 Vymezení základních pojmů

Autorem termínu **stres** je Hans Seyle (1936), který stres definuje jako nescifickou odpověď těla, stresovou reakci, na okolnostmi vyžadovanou změnu. Křivohlavý (2001) vnímá stres jako subjektivně prožívanou nepohodu doprovázenou souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn typických pro zátěžové situace a uvádí, že ve většině případů, kdy se hovoří o stresu, je míněn *distres* neboli negativně prožívaný stres spojený s nepříznivými náročnými situacemi. Stres však může být prožíván i pozitivně, a v takovém případě je označován jako *eustres*. Eustres je spojen s namáhavými radostnými událostmi, jakými jsou například svatba, narození dítěte, extrémní sporty, automobilové závody aj., a vyvolává podobnou fyziologickou reakci jako *distresu*. Vzhledem k zaměření této práce bude nadále termín stres používán v jeho rozšířenějším – negativním pojetí.

Stres bývá obvykle prožíván v tzv. **stresových situacích**. Jako stresové jsou prožívány okolnosti, kdy je organismus vystaven změně, se kterou se musí vypořádat (Seyle, 1936), přičemž požadavky dané situace převyšují jeho aktuální adaptační zdroje (Seyle, 1956). Atkinsonová s kolegy (1995) ilustrují, že stresové situace vznikají obvykle nepředvídatelně, bez varování - což zabraňuje preventivním opatřením, jsou doprovázeny pocitem neovlivnitelnosti jejich průběhu - prožívaným jako ztráta kontroly a nezvládnutelnosti - situace je vnímána jako kladoucí nepřiměřené nároky, a tlakem okolností na příliš mnoho změn - což snižuje možnost efektivně použít dosud fungující strategie chování a

klade vysoké nároky na adaptaci. Tyto charakteristické rysy stresových situací zároveň dále umocňují prožitek stresu.

Stresovost situace je dána přítomností stresoru. **Stresor** je stimul z vnějšího prostředí, který vyvolává potřebu adaptace a spouští tak fyziologickou stresovou reakci (Seyle, 1956), jelikož je jedincem vnímán jako ohrožující z hlediska jeho tělesného či duševního blaha (Atkinson et al, 2003). Stresory lze rozlišit na reálné, čili aktuálně působící, a potenciální, které se stávají ohrožujícími až při dosažení určité intenzity, kumulace, frekvence či doby trvání (Paulík, 2010). Jak stresory reálné, tak potenciální, mohou spustit stresovou reakci.

Stresová reakce je proces, který probíhá ve třech stádiích. První je fáze uvědomění si zátěže a aktivace fyziologických a psychických obranných reakcí. Fyziologicky se stresová reakce projevuje zrychlením dechu, zvýšením tepové frekvence a svalového napětí. Tato reakce je reflexní, nespecifická a na biochemické úrovni zahrnuje zejména vyplavení katecholaminů (k regulaci srdeční funkce ve prospěch vitálních orgánů), aktivaci hypotalamo-hypofyzo-adrenální osy a vyplavení hormonů hypofýzy a nadledvin (k aktivování energetických zdrojů organismu pro získání energie ze sacharidů a lipidů) a aktivaci některých bílkovin (např. nutných pro srážení krve). Psychická reakce začíná (po prožitku silně negativních pocitů) kognitivním zpracováním dané situace jako stresující. Dochází ke změně v emočním prožívání (často je pociťována úzkost, obavy, hněv, smutek či apatie) i v bezprostředním kognitivním fungování (což se projeví zejména v koncentraci pozornosti, úsudku, zpracování a hodnocení informací) a aktivizují se obranné mechanismy (jejichž smyslem je zachování psychické rovnováhy jedince). Druhým stádiem reakce na stres je fáze hledání účelných strategií pro zvládnutí stresující situace nebo alespoň zmírnění jejich dopadů. Při úspěšném vyrovnání se se zátěží dochází k návratu stresem změněných fyziologických i psychických funkcí jedince k normálu. V případě, že se zátěž nepodaří zvládnout, dochází k poslední fázi - k fázi rozvoje stresem podmíněných poruch, která je projevem selhání obranných reakcí (Rahe, 1995; in Vágnerová, 2008).

Selhání obranných reakcí je doprovázeno **zdravotními komplikacemi**. V současné době je všeobecně předpokládán významný negativní vliv stresu na

zdraví, zejména na imunitní systém. Stres může usnadňovat vznik některých somatických onemocnění – jeho nejvýraznější účinky byly zjištěny u infekčních nemocí, kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze, bolestí hlavy, astmatu, diabetu mellitu či revmatické artritidy (Křivohlavý, 2001). Vliv stresu na zdraví však není ani jednoznačný, ani zcela přímý - je vlivem koincidence řady subjektivních i objektivních vlivů (Kebza, 2005). Nepřímý negativní vliv stresu na zdravotní stav se projevuje zejména v chování, nebo přesněji, v životním stylu (Křivohlavý, 2001). Stres působí vedle somatického zdraví samozřejmě i na zdraví duševní. Negativní dopad stresu, respektive traumatických událostí na psychiku ve směru rozvoje psychopatologie, stejně jako potenciálně pozitivní vliv ve smyslu posttraumatického růstu, jsou vzhledem k zaměření této práce podrobněji rozpracovány samostatně v dalších kapitolách.

1.2 Teorie stresu

Teorii stresu nabízí odborná literatura poměrně velké množství, zde jsou však vzhledem k zaměření této práce uvedeny stručně pouze ty nejzákladnější. Teorie stresu lze rozdělit z hlediska zaměření na biologické, orientované na neurofyziologickou a biochemickou odezvu organismu, a psychologické, zacílené zejména na činitele rozvoje či inhibice stresových dějů s důrazem na kognitivní zpracování. Mezi nejznámější biologické teorie stresu patří Cannonova poplachová reakce a Selyeho obecný adaptační syndrom. Z psychologických teorií pak k základním patří kognitivně-motivační teorie emocí Lazaruse a Folkmanové a teorie životních událostí Holmese a Raheho.

V souvislosti s výzkumem fyziologických korelátů negativních emocí popsal Cannon (1915) již počátkem 20. století syndrom „fight or flight“ neboli **poplachovou reakci**, kterou je míněn soubor fyziologických změn doprovázených pocitem strachu či vzteku, ke kterým dochází v zátěžových situacích. Přestože Cannon své výzkumy fyziologických změn v organismu následkem negativního emočního prožívání/stresu zaměřil na zvířata, kdy zkoumal trávicí procesy psů v souvislosti se stimulací různého charakteru, jeho model fyziologické aktivace organismu k boji nebo útěku je platný i u lidí a z evolučního hlediska skrze aktivaci organismu zvyšoval šanci na přežití.

Historicky první ucelenou koncepcí stresu je však Seyleho (1956) **obecný adaptační syndrom** neboli GAS (general adaptation syndrom). Obecným adaptačním syndromem je myšlen stabilní, nespecifický vzor odpovědi organismu na jakýkoliv excesivní či provokující stimul (který později nazval stresorem). GAS probíhá ve třech fázích. První fází je poplachová reakce totožná s Cannonovou stresovou reakcí, při níž dochází k mobilizaci fyziologických obranných mechanismů organismu k boji nebo útěku. Následuje fáze rezistence, která zahrnuje vlastní boj organismu se stresorem, resp. je pokusem o přežití skrze nalezení rovnováhy mezi požadavky situace a vlastními obrannými mechanismy. Při příliš dlouhém či neúspěšném boji se stresorem, kdy organismus spotřebovává energetické rezervy a nevytváří nové, a není se tak schopen vrátit k prepoplachové homeostáze, nastává poslední fáze – fáze vyčerpání. V té již není déle schopen stresu odolávat a začíná se projevovat negativní vliv stresové reakce, např. přetrvává zvýšená endokrinní aktivita a vysoká hladina kortizolu v krvi, které poškozují různé orgánové soustavy (Seyle, 1976).

Psychologické teorie jsou naproti tomu zaměřeny na kognitivní zpracování stresu zasaženým jedincem, spíše než na fyziologickou odezvu organismu. Lazarus a Folkmanová (1984) chápou stres jako výsledek vzájemného působení mezi jedincem a prostředím. Rozlišují fyziologický stres doprovázený výše popsanými změnami v organismu, a psychologický stres projevující se změnami v jedincově prožívání a chování. Stres je prožíván v momentě, kdy požadavky určité situace přesahují nebo značně zatěžují možnosti a zdroje daného jedince, který očekává, že mu hrozí nebezpečí nebo ztráta, tedy podobně jako u biologických teorií). **Kognitivně motivační teorie emocí** výše uvedených autorů je modelem dvojího hodnocení ohrožení. Při primárním zhodnocení jedinec mapuje situaci z hlediska všech negativních aspektů, tedy ohrožení a následky, které představuje. Při sekundárním zhodnocení pak zvažuje své možnosti a zdroje danou situaci zvládnout. Křivohlavý (2002) zmiňuje třetí hodnocení situace – resp. její přehodnocení, kdy jedinec reflektuje efektivitu svého pokusu o zvládnutí situace, a pokud ho vyhodnotí jako neúspěšný, pokračuje celý proces hodnocení znovu. Na rozdíl od biologických teorií tato koncepce předpokládá individuální rozdíly dopadu podobné stresující události na různé lidi právě na základě zhodnocení situace jako výzvy či ohrožení.

Naproti tomu, **teorie životních událostí** Holmese a Raheho (1967) pojímá stres jako stimul a je založena na předpokladu, že životní události mají standardní povahu a lze je seřadit dle jejich stresovosti / náročnosti na psychiku zasažených lidí nehledě na individuální rozdíly. Dle této teorie tedy stres působí na všechny lidi stejně a má univerzální práh neboli obecný adaptační strop, po jehož překročení dochází k rozvoji poruch a onemocnění. V souladu s touto teorií Kohoutek, Špok a Čermák (2009) uvádějí, že různé typy životních událostí, jako například živelní pohromy a jiné katastrofy, působí kladou na všechny zasažené podobné adaptační nároky (Kohoutek et al., 2009).

1.3 Faktory ovlivňující působení stresu

Přestože některé stresující události mohou působit univerzálně, tedy klást vysoké nároky na adaptaci zasažených (viz teorie životních událostí), to, zda daná událost u jedince spustí stresovou reakci a jaký bude její průběh, závisí na mnoha faktorech. Mezi ně patří zejména subjektivní hodnocení situace (viz kognitivně motivační teorie emocí), individuální osobnostní charakteristiky - zejména odolnost vůči zátěži, copingové strategie, obranné reakce, přítomnost nepříznivých životních událostí či drobných denních nepříjemností, dosavadní zkušenosti jedince se stresem, sociální opora (Paulík, 2010) a víra (Křivohlavý, 2001). Důležitou roli hraje i připravenost na danou událost (Kohoutek et al., 2009) vyplývající mimo jiné ze zkušeností ve smyslu učení (Vágnerová, 2008). Ukazuje se však, že nejvýznamnějším prediktorem dopadu stresující události je povaha dané události samotné (Holmes & Rahe, 1967), přičemž individuální rozdíly pak ovlivňují dynamiku působení stresu (Kohoutek et al., 2009). Mezi tyto individuální proměnné patří především odolnost vůči zátěži a strategie zvládnání zátěže.

V souvislosti s **odolností vůči zátěži** bývají používány různé termíny, někdy jako synonyma, jindy pro ilustraci drobných nuancí. Vágnerová (2008) hovoří v tomto kontextu o frustrační toleranci, hardiness či resilienci, a uvádí, že jde spíše o komplex protektivních faktorů, které jedinci pomáhají vyrovnávat se s nároky obtížných životních situací bez maladaptivních reakcí. Odolný jedinec je schopen vynaložit přiměřené úsilí a využít dostupné možnosti k překonání obtíží, přičemž má dostatečnou důvěru ve svoji schopnost situaci zvládnout. Paulík

(2010) rozlišuje odolnost jakožto osobnostní rys - ve smyslu resistance vůči zátěži a schopnosti rychlé a pružné regenerace, a odolnost jako proces - ve smyslu resilience, pružnosti v přizpůsobení se podmínkám.

Míra odolnosti vůči zátěži je mezi lidmi nestejná a souvisí s některými osobnostními charakteristikami, jako je především locus of control, sense of coherence, self-efficacy, resilience, hardiness a dispoziční optimismus. **Locus of control** se vztahuje k vnímání kontroly nad událostmi, přičemž na jedné straně kontinua jsou jedinci s tzv. vnitřním místem řízení, kteří zaujímají aktivní, iniciativní přístup k obtížím, a na straně druhé jsou jedinci s externím místem řízení, jenž jsou spíše pasivní a očekávají řešení obtíží zvnějšku (Rotter, 1966). **Sense of coherence** neboli soudržnost, integrita osobnosti je charakteristika osobnosti napomáhající udržení dobré psychické kondice i v extrémně negativních podmínkách, kterou charakterizují tři složky: srozumitelnost (předvídatelnost a chápání situací i sebe sama v nich), zvládnutelnost (dostatečná schopnost reagovat na stresové situace) a smysluplnost (angažovanost a vnímaná smysluplnost vynaložení úsilí směrem k cíli) (Antonovský, 1987). **Self-efficacy** neboli vnímaná vlastní zdatnost / účinnost je přesvědčení o vlastních schopnostech řídit dění kolem sebe a zvládat těžkosti, přičemž platí, že jedinci, kteří věří, že jsou schopni kontrolovat běh okolních událostí, jsou rovněž schopni lepší autoregulace emocí a aktivnějšího přístupu k nepříznivým životním okolnostem (Bandura, 1977). Termínem **resilience** Kebza (2005) označuje nezdolnost či houževnatost ve smyslu schopnosti odolávat zátěži v čase, která souvisí s vírou ve vlastní vliv a schopnosti ovlivnit a zvládat různé životní situace **Hardiness** značí „tvrdość“ osobnosti ve smyslu odolnosti vůči stresu a zahrnuje tři aspekty: subjektivně vnímanou kontrolu nad okolním děním, ztotožnění se s vlastním jednáním a chápání těžkostí jako výzev (Kobasa, 1979). Dalším důležitým faktorem zvládnání obtíží je **dispoziční optimismus** - složka osobnosti, která je charakterizována vírou v kladný výsledek dění, jehož se jedinec účastní, s čímž pak souvisí i aktivnější přístup k problémům (Seligman, 1990). Nemalou roli z hlediska odolnosti vůči zátěži a zvládnání těžkostí hraje i **víra** ve smyslu náboženského vyznání (Křivohlavý, 2001), která může příznivě ovlivňovat duševní rovnováhu a zdraví (Frankl, 2007). Rovněž **smysl pro humor** příznivě ovlivňuje zvládnání životních těžkostí (Křivohlavý, 2001).

Neméně důležitým faktorem, který významně ovlivňuje dynamiku působení stresu, je **zvládání zátěže**. Zvládání je proces adaptace na stresovou situaci, prostřednictvím zabránění neutrálním stimulům, aby se staly stresory, odstranění konkrétního stresoru z jedincova života, či rozvinutím dovedností ke zvládání situací, kterým se jedinec nechce vyhnout, případně dopřání si oddechu a rozptýlení (Tache & Seyle, 1985). Zvládání vychází ze zvládacího stylu. Například Křivohlavý uvádí, že **zvládací styl** je tendence jednat v zátěžové situaci určitým, jedinci charakteristickým, způsobem. Mareš (2012) upozorňuje, že zvládání zátěže, na rozdíl od stresové reakce, probíhá vědomě. Vágnerová (2008) v souvislosti se zvládáním zátěže hovoří o obranných reakcích vycházejících ze dvou základních mechanismů k udržení, resp. znovuzískání psychické rovnováhy, jimiž jsou útok a útěk. Z těchto základních reakcí pak, jak popisuje Křivohlavý (2001), vycházejí i dva hlavní zvládací styly – styl konfrontační a vyhýbavý. Konfrontační styl je aktivní, vychází z útoku a je charakterizován vystavením se stresoru, což je výhodné u chronického či cyklického stresu. Vyhýbavý styl je naopak pasivní variantou, vychází z útěku a spočívá v minimalizaci kontaktu se stresujícím podnětem, což se ukazuje jako vhodná strategie při mírném a krátkodobém působení stresu.

Způsoby reagování na stresové situace lze rovněž rozdělit podle míry, do jaké jsou uvědomované. Například Vágnerová (2008) vědomé zvládací strategie označuje pojmem coping, nevědomé strategie pak nazývá obrannými mechanismy. V tomto pojetí je **coping** je aktivní, vědomě zvolená strategie k vyrovnání se s působícím stresorem, jehož smyslem je zlepšení celkové situace. Závisí na zhodnocení dané situace a posouzení vlastních možností ji zvládnout podle čehož je pak zvolena jedna ze dvou základních strategií. První strategií je zaměření na řešení problému, které je aktivní snahou o konstruktivní řešení situace, například odstranění zdroje stresu či změna podmínek. Druhou strategií je zaměření na vyrovnání se s emocionálním stavem, charakterizované orientací na udržení přijatelné subjektivní pohody prostřednictvím autoregulace emocí - například smíření se situací tam, kde změna vnějších okolností není možná (Křivohlavý, 2001). Preference určité strategie závisí do jisté míry na vrozených dispozicích, ale i na zkušenostech a na samotné situaci, přičemž zdravý dospělý člověk často užívá obě popsané varianty (Vágnerová, 2008). Tyto dvě primární strategie zvládání stresu připomínají Piagetovy (1970; in Paulík, 2010) základní

stránky adaptačního procesu - asimilaci, která je založena na přizpůsobení prostřednictvím změny prostředí, a akomodaci, jež je naopak zacílena na změny uvnitř systému tak, aby vyhovoval podmínkám prostředí. Asimilace tedy představuje zvládání zaměřené na problém, akomodace zvládání zaměřené na emoce.

Způsob reagování v zátěži však může být ovlivněn i bezděčně, obrannými mechanismy. **Obranné mechanismy** jsou vesměs neuvědomované způsoby udržování psychické rovnováhy prostřednictvím snižování úzkosti v situacích, kde je ohroženo sebepojetí jedince. Mezi základní obranné mechanismy, s jejichž konceptem přišel Sigmund Freud a dále je rozpracovala jeho dcera Anna Freudová (1936), patří například vytěsnění (bezděčné přesunutí ohrožujících obsahů z vědomí), potlačení (vědomé odsunutí aktuálně ohrožujících impulzů, přání či vzpomínek), racionalizace (ospravedlňující přidělení logických či sociálně žádoucích motivů vlastnímu jednání), reaktivní výtvar (bezděčné vytěsnění původního impulsu a vyjádření jeho pravého opaku), projekce (připisování vlastních nežádoucích vlastností a motivů druhým), intelektualizace (získání emočního odstupu od stresové situace pomocí racionálního uvažování), popření (odmítání či negace nepřijatelných skutečností) a přesunutí (uspokojení potřeby prostřednictvím přijatelného náhradního cíle).

2. Trauma

Trauma, respektive jeho možné negativní psychické následky i potenciální přínos, jsou ústředním tématem této práce. Následující kapitola je tedy nejobsáhlejší. Představuje základní charakteristiku traumatu a souvisejících pojmů a proměnných. Ilustruje duševní poruchy přímo spojené s prožitkem těžkého stresu a traumatu podle dvou klinicky nejrozšířenějších klasifikačních systémů, a zmiňuje i další psychické poruchy, které mohou být s posttraumatickými poruchami v komorbiditě nebo je mohou připomínat. Poskytuje rovněž přehled nejrozšířenějších diagnostických metod i terapeutických přístupů využívaných u traumatizovaných klientů.

2.1 Základní charakteristika traumatu

Americká psychologická asociace (APA, n. d.) definuje **trauma** jako emoční odpověď jedince na událost neobvykle hrozivého charakteru, jejímž působením jsou ochromeny jeho biologické a psychologické adaptační mechanismy. Mezi takové události patří různé přírodní či člověkem způsobené krizové a katastrofické události individuální nebo hromadné povahy (Kohoutek et al., 2009). Přestože se trauma po prožití zmíněných událostí nerozvine u všech zasažených, je považováno za normální reakci na abnormální situaci a nezřídka vede k rozvoji psychických poruch (APA, n. d.).

Za potenciálně **traumatizující** je považována **událost**, která je pro jedince extrémně děsivá, představuje bezprostřední ohrožení života či tělesné integrity, její příčina je vnější, tj. vně jedince, a vytváří pocit bezmocnosti. Ten tak ztrácí pocit vnitřní kontroly, je narušena jeho důvěra ve smysl a řád (Vizinová & Preiss, 1999) a dochází k destrukci základních životních významů (Kohoutek et al., 2009). Právě neschopnost dát smysl zažívanému znemožňuje možnost adaptace a neúměrně zvyšuje vnitřní aktivaci organismu doprovázenou změnami na úrovni fyzické, emoční i kognitivní, a dochází k disociaci různých duševních procesů. Traumatická zkušenost tak nemůže být asimilována (Vizinová & Preiss, 1999), což nezřídka vede k rozvoji psychických poruch.

Mezi traumatické události lze zařadit různé přírodní či člověkem způsobené mimořádné události, katastrofy či krizové situace individuální nebo

hromadné povahy. Mimořádná událost je termín z oblasti krizového řízení, jímž se rozumí „škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činnostmi člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací“ (HZS ČR, n.d._a). Vizinová a Preiss (1999) přehledně dělí tyto potenciálně psychopatogenní události na přírodní katastrofy, jako jsou povodně, požáry, zemětřesení, tajfuny, sopečné výbuchy apod., a katastrofy způsobené člověkem, k nimž patří různé technicko-industriální havárie a všechny druhy násilí (např. válečné konflikty, věznění, mučení, koncentrační tábory, politický teror, znásilnění, zneužívání, týrání aj). Někteří autoři (např. Kohoutek et al, 2009) mezi traumatizující události řadí ohrožení života či zdraví v širším pojetí, tzn. i prostřednictvím fyzického zranění či závažného somatického onemocnění, a jimi způsobených funkčních či strukturálních změn v organismu, resp. uvádějí, že tyto stavy mohou mít k psychickému traumatu velmi blízko či dokonce samy o sobě mohou být příčinou rozvoje vážných psychických následků.

Následky prožité traumatické zkušenosti se projeví v prožívání, uvažování i v chování zasaženého, přičemž fyziologicky je reakce podobná stresové reakci - s rozdílem v počáteční fázi, kde je v případě traumatu iniciální reakcí šok. **Reakce na traumatickou událost** je proces, který v obecné rovině zahrnuje následující **fáze**: 1) fázi omráčení a šoku (která nastává bezprostředně po prožití traumatické události a trvá přibližně 24-36 hodin); 2) fázi výkřiku, provázenou pocitu derealizace, ochromením či naopak nadměrným puzením k aktivitě (objevující se cca do 3 dnů po události); 3) fázi hledání smyslu traumatického prožitku (pozorovanou zhruba 3-14 dnů po traumatické události); 4) fázi popření a znovuprožívání události (trvajících 2-8 týdnů po události); a 5) posttraumatickou fázi s odloženou traumatickou reakcí (která se může projevit v průběhu 1. - 3. měsíce po traumatické události). Časový průběh, střídání a eventuální znovupakování fází však má individuální charakter (Kořán, 2009).

Rozvoj případných dalších psychických obtíží po prožití traumatické události souvisí s mnoha tzv. **rizikovými faktory**. Přestože nejsilnějším prediktorem závažnosti psychických následků po prožití traumatické zkušenosti je intenzita stresoru zejména co se týče jeho krutosti (Kohoutek et al, 2009), existuje mnoho dalších faktorů, které zvyšují riziko rozvoje psychopatologie jako reakce

na traumatickou událost, a to jak před prožitým traumatem (pretraumaticky), v jeho průběhu (peritraumaticky) i následně po traumatizujícím prožitku (posttraumaticky). Mezi pretraumatické rizikové faktory patří zejména emoční obtíže v dětství a jakákoli předchozí duševní porucha či pozitivní psychiatrická rodinná anamnéza, nízký socioekonomický status, nízké vzdělání či intelekt, předchozí traumatická zkušenost či neštěstí (zejména v dětství), status etnické či jiné minority, určité kulturní charakteristiky (např. fatalistické či sebeobviňující copingové strategie), nedostatečná podpůrná sociální síť, ženské pohlaví a nižší či starší věk. Peritraumaticky je to především již zmíněná krutost traumatické události, vlastní zranění či vnímané ohrožení života, mezilidské násilí (především týkající se pečujících osob vůči dětem) a disociativní stav; z hlediska ozbrojených složek, hlavně vojáků, pak zejména kontakt s brutalitou, dopuštění se zločinu a zabití nepřítele. K posttraumatickým rizikovým faktorům patří negativní zhodnocení situace, nevhodné copingové strategie, vývojová porucha, akutní stresová porucha, opakované vystavování trauma připomínajícím podnětům, další nepříznivé životní okolnosti a nedostatečná sociální podpora (APA, 2013). Všechny zmíněné faktory mohou přispět k rozvoji duševní poruchy následkem prožití těžkého stresu a traumatu.

2.2 Duševní poruchy spojené s těžkým stresem a traumatem

Obecně jsou duševní poruchy definovány jako syndromy neboli skupiny příznaků, které jsou většinou doprovázeny významným distresem a klinicky významným narušením v jedincově mentálním, tzn. kognitivním i emočním, fungování nebo chování, které bývá spojeno s dysfunkcí v sociální, pracovní či jiné důležité oblasti života (APA, 2013). Rozvoj psychopatologie v reakci na traumatickou zkušenost může zahrnovat celou řadu syndromů či poruch, které se navíc mohou vyskytovat v komorbiditě. Nicméně, nejrozšířenější a pro tento typ zkušeností specifický, je okruh tzv. posttraumatických poruch, respektive poruch spojených s těžkým stresem a traumatickými zkušenostmi.

Klinická **historie** posttraumatických poruch je poměrně mladá. Medicinalizace poruch duševního charakteru spojených s traumatickými prožitky započala okolo poloviny 19. století ve spojitosti s americkou občanskou válkou a prusko-francouzskou válkou. Mezi civilisty bylo trauma zřetelné nejvíce po

vlakových nehodách a vzešlo v povědomí jako tzv. railway spine. Popisované symptomy byly obdobné jako u dnešního konceptu posttraumatické stresové poruchy (Friedman et al., 2011). Další zkoumání tohoto jevu probíhalo až v souvislosti s první světovou válkou, kdy bylo u vojáků pozorováno obdobné chování jako u hysterických žen - stav označovaný jako tzv. shell shock nebo válečná neuróza. Vojáci vykazující tuto symptomatiku však byli většinou označováni za zbabělce. Zájem o tuto problematiku na čas opět ustal a vrátil se až s druhou světovou válkou, kdy výzkumy prokázaly, že psychickým následkům válečných traumat může podlehnout každý. Nicméně, systematický výzkum psychických potíží v důsledku války započal až v souvislosti s válkou ve Vietnamu v 70. letech, kdy byla poprvé popsána posttraumatická stresová porucha (Vizinová & Preiss, 1999). Zatímco do Mezinárodní klasifikace nemocí byla zařazena již v její osmé revizi z roku 1968, v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch se objevila až v jeho třetím vydání z roku 1980, přičemž jeho předchozí revize zahrnovaly pouze přechodné situační poruchy (transient situational disturbances) a poruchy přizpůsobení (adjustment reactions) (Schnurr, 2010). Posttraumatická stresová porucha pak začala být zkoumána i v neválečných podmínkách ve spojitosti s násilím a znásilněním (Vizinová & Preiss, 1999). Postupně začalo docházet k rozšíření popsaných typů traumatických událostí a k velkému výzkumnému rozkvětu v této oblasti. Figuera, da Luz, Braga et al. (2007) kvantifikovali změny v počtu zemí, které na téma posttraumatických stavů publikují, a zjistili velký nárůst. Mezi roky 1983 a 1987 se této problematice výzkumně věnovalo jen 7 zemí, zatímco v období 1998 a 2002 počet publikujících zemí vzrostl na 39. Nejvíce výzkumné pozornosti bylo věnováno posttraumatické stresové poruše.

Odhady **prevalence** posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v populaci jsou poměrně různorodé. Roční prevalence PTSD je uváděna u 1 až 3% populace, přičemž subklinickou formou trpí dalších 5 až 15% lidí (Davidson et al., 1993). U rizikových skupin, jako jsou oběti katastrof nebo různých krizových událostí, váleční veteráni nebo příslušníci profesí zahrnujících zvýšené vystavení traumatickým událostem, jako jsou hasiči, policisté a zdravotníci záchranné služby, je prevalence vyšší (APA, 2013), pohybuje se v rozmezí 3-58% (APA, 2000). Z hlediska pohlaví je posttraumatická stresová porucha dvakrát častější u mužů oproti ženám. Byly nalezeny i rozdíly mezi jednotlivými kontinenty.

Nejvyšší roční prevalence PTSD v populaci - 3,5% - je uváděna ve Spojených státech Amerických, nejnižší naopak v Asii, Africe a Latinské Americe, kde se odhady pohybují mezi 0,5 až 1% (APA, 2013). V Evropě se roční prevalence PTSD v populaci pohybuje od 0,9 do 1,3% (Wittchen & Jacobi, 2005). Prevalence pro Českou republiku je poměrně široká, Raboch a Zvolský et al. (2001) uvádějí rozmezí 1-9%. Klinická exprese symptomů se může napříč různými kulturami lišit (APA, 2013), avšak revize různých výzkumných studií potvrdila kroskulturní validitu PTSD jako diagnostické kategorie (Hinton & Lewis-Fernandéz, 2011).

Počátek **rozvoje symptomů** posttraumatické stresové poruchy lze obvykle pozorovat během prvních tří měsíců po traumatu, nicméně jejich plné rozvinutí může trvat měsíce až roky (APA, 2013), výjimečně až 30 let (McFarlane, 1988). Délka trvání symptomů, stejně jako jejich vyjádření, se u různých lidí liší. Asi u 50% dospělých dochází k plné remisi během 3 měsíců, nicméně u ostatních se může porucha chronifikovat a trvat roky. Navíc při kontaktu s podnětem, který trauma připomíná, při pokračujícím stresujícím způsobu života či při nově prožitém traumatu může dojít k intenzifikaci či znovuobjevení symptomů (APA, 2013).

Časové hledisko rozvoje symptomů, jejich typ, forma a míra exprese, jsou důležitá vodítka pro správnou diferenciální diagnostiku, a to jak z hlediska ostatních duševních poruch, tak v rámci okruhu posttraumatických poruch. V následujících oddílech je uveden podrobný popis poruch spojených s těžkým stresem a traumatickými zkušenostmi dle obou klinicky užívaných diagnostických manuálů - International Classification of Diseases (ICD) a Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM).

2.2.1 ICD-10

Zatím poslední, desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), což je český překlad v Evropě používané desáté revize International Classification of Diseases (ICD-10), vydané v roce 1991 (WHO, 2010), klade v případě stresových poruch důraz na stresový činitel a řadí tyto poruchy pod Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F48), konkrétně do kapitoly Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43), do které patří následující poruchy (MKN-10, 2000):

- Akutní stresová reakce (F43.0)
- Posttraumatická stresová porucha (F43.1)
- Poruchy přizpůsobení (F43.2)
- Jiné reakce na těžký stres (F43.8)
- Reakce na těžký stres NS (F43.9)

Akutní stresová reakce je přechodná porucha u jinak psychicky zdravého jedince následkem prožitku výjimečné fyzické nebo psychické zátěže, přičemž riziko rozvoje je vyšší, je-li přítomno fyzické vyčerpání či organické faktory (jako např. stáří) (Praško et al., 2011). Symptomy většinou odezní během několik hodin či dní, mají často proměnlivý obraz. Zahrnují zejména počáteční stádium zmatenosti, konstrikce v oblasti vědomí a pozornosti, neschopnost chápat okolní podněty a dezorientaci. Stav je dále charakterizován reakcí typu „boj nebo útěk“, kdy je jedinec buďto stažený / hyporeaktivní (může nastat až disociativní stupor), nebo naopak agitovaný. Mezi další příznaky patří tachykardie, zvýšená potivost, roztěkanost a částečná či úplná amnézie na stresující událost (WHO, 2010). Akutní stresová reakce bývá diagnostikována na základě symptomů a jejich průběhu, ale musí být též splněna příčinná podmínka přítomnosti výjimečně zatěžující životní události, která vyvolá akutní reakci na stres, nebo významné životní změny, která vede k trvalým nepříznivým okolnostem s následkem poruchy adaptace, bez níž by porucha nevznikla (ÚZIS, 2014). Akutní stresová reakce se však nevyvine u všech zasažených jedinců. Individuální vulnerabilita a schopnost zvládat stres mají vliv jak na výskyt, tak na závažnost stresové reakce (Praško et al., 2011).

Posttraumatická stresová porucha je opožděnou nebo vleklou reakcí na neobvykle hrozivou či katastrofickou stresující událost, která má potenciál vyvolat pronikavou tíseň téměř u každého jedince. Příznaky začínají po vystavení traumatické zkušenosti, resp. po období latence několika týdnů až měsíců, zřídka více než 6 měsíců. Charakteristickými symptomy PTSD jsou epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách (až psychotické reminiscence) či snech, s čímž je nezřídka spojena snaha o vyhýbání se vjemům – tedy lidem, činnostem a situacím, které traumatickou zkušenost

připomínají. Pro poruchu je dále typická vegetativní hyperaktivace se zvýšenou dráždivostí, přehnanou úlekovou reaktivitou a poruchami spánku. Afektivita je většinou zchudlá, provázená anhedonií a apatií. Při kontaktu se spouštěčem, který vyvolá vzpomínku na traumatickou událost, však vzácně může dojít k náhlým dramatickým afektivním výbuchům provázeným strachem, panikou či agresivními projevy (MKN-10, 2000). PTSD je možno rozčlenit na formu nespécifickou, akutní a chronickou (WHO, 2010). Průběh onemocnění je kolísavý. U většiny pacientů dochází ke spontánní úzdavě; chronický, tzn. mnohaletý průběh s přechodem k trvalé změně osobnosti je uváděn jen u malého počtu jedinců (MKN-10, 2000).

Poruchy přizpůsobení zahrnují subjektivní nepohodu a emoční poruchy, které obvykle narušují běžné fungování v sociální a výkonové oblasti. Začínají v období výrazné změny životní situace či stresové životní události, na níž se jedinec snaží adaptovat. Spektrum symptomů je poměrně pestré a zahrnuje např. depresivní náladu, úzkost, strach, pocit neschopnosti řešit problémy, plánovat nebo pokračovat ve stávající situaci, přičemž dominující je krátká nebo prodloužená depresivní reakce či jiná porucha emocí, případně porucha chování. U poruch přizpůsobení se rozlišuje několik subtypů: krátká (do 1 měsíce) či protrahovaná (do 2 let) depresivní reakce; smíšená úzkostná a depresivní reakce; s převládající poruchou jiných emocí; s převládající poruchou chování; se smíšenou poruchou emocí a chování; nebo s jinými specifikovanými převládajícími symptomy. Poruchy přizpůsobení mohou být přítomny zejména v dospívání, kdy je vulnerabilita jedince výraznější. Nemalý podíl mají rovněž vrozené predispozice (MKN-10, 2000) a individuální faktory - zejména zranitelnost jedince a jeho adaptační kapacita u poruchy přizpůsobení hrají významnější roli než je tomu v případě akutní reakce na stres (Praško et al., 2011).

Zbývající dvě kategorie - **Jiné reakce na těžký stres** a **Reakce na těžký stres NS** (nespecifické), nejsou v MKN-10 ani ICD-10 blíže specifikovány. V klinické praxi jsou diagnostikovány zřídka, většinou v případech, kdy porucha zjevně spadá do kategorie F43 - Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, přičemž nejsou manifestovány příslušné symptomy tak, aby mohla být stanovena jiná diagnóza z této kategorie.

Dále se k okruhu poruch způsobených stresem či traumatickou zkušeností vztahuje jeden subtyp Poruch osobnosti a chování u dospělých (F60-F69), a to F62.0 - **Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti**. Tato porucha osobnosti je diagnostikována u dospělých za předpokladu, že existuje přesvědčivý důkaz o trvalé změně (přítomné minimálně 2 roky) v osobním vzorci vnímání, myšlení a vztahování se k sobě a ke světu, jež je spojena s maladaptivním chováním, k čemuž došlo následkem vystavení těžkému stresu u dosud psychicky zdravého člověka, a tyto změny nejsou projevem jiné duševní choroby. Mezi symptomy přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (které může předcházet posttraumatická stresová porucha) patří nepřátelský či nedůvěřivý postoj ke světu, sociální zdrženlivost, chronické pocity beznaděje, prázdnoty, ohrožení a odcizení (MKN-10, 2000).

Připravovaná 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jejíž vydání je plánováno na rok 2017 (WHO, 2015), bude shodně s 5. revizí amerického diagnostického manuálu DSM-V obsahovat speciální kategorii Poruchy přímo spojené se stresem (Disorders specifically associated with stress), což s sebou přinese mnoho změn. Příkladem je užší koncept posttraumatické stresové poruchy a její nový subtyp komplexní PTSD a nová diagnóza porucha prodlouženého truchlení. Naopak akutní reakce na stres bude zahrnuta v kategorii normálních reakcí, které přesto mohou vyžadovat klinickou intervenci. Návrh diagnostické kategorie poruch spojených se stresem (disorders specifically associated with stress) dle ICD-11 poskytuje obrázek 1 na následující straně.

Table 1 Proposed ICD-11 categories of disorders specifically associated with stress

Proposed ICD-11 categories	Previous ICD-10 codes	Core diagnostic features
Post-traumatic stress disorder	F43.1	A disorder that develops following exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events characterized by: 1) reexperiencing the traumatic event(s) in the present in the form of vivid intrusive memories accompanied by fear or horror, flashbacks, or nightmares; 2) avoidance of thoughts and memories of the event(s), or avoidance of activities or situations reminiscent of the event(s); and 3) a state of perceived current threat in the form of excessive hypervigilance or enhanced startle reactions. The symptoms must last for at least several weeks and cause significant impairment in functioning.
Complex post-traumatic stress disorder	F62.0	A disorder which arises after exposure to a stressor typically of an extreme or prolonged nature and from which escape is difficult or impossible. The disorder is characterized by the core symptoms of PTSD as well as the development of persistent and pervasive impairments in affective, self and relational functioning, including difficulties in emotion regulation, beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, and difficulties in sustaining relationships.
Prolonged grief disorder	New category	A disturbance in which, following the death of a person close to the bereaved, there is persistent and pervasive yearning or longing for the deceased, or a persistent preoccupation with the deceased that extends for an abnormally long period beyond expected social and cultural norms (e.g., at least 6 months, or longer depending on cultural and contextual factors) and that is sufficiently severe to cause significant impairment in the person's functioning. The response can also be characterized by difficulties accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, anger about the loss, guilt, or difficulty in engaging with social or other activities.
Adjustment disorder	F43.2	A maladaptive reaction to a stressful event, to ongoing psychosocial difficulties or to a combination of stressful life situations that usually emerges within a month of the stressor and tends to resolve in 6 months unless the stressor persists for a longer duration. The reaction to the stressor is characterized by symptoms of preoccupation like excessive worry, recurrent and distressing thoughts about the stressor or constant rumination about its implications. There is failure to adapt, i.e., the symptoms interfere with everyday functioning, like difficulties concentrating or sleep disturbance resulting in performance problems. The symptoms can also be associated with loss of interest in work, social life, caring for others, leisure activities resulting in impairment in social or occupational functioning (restriction of social network, conflicts in family, absenteeism and so on). If the definitional requirements are met for another disorder, that disorder should be diagnosed instead of adjustment disorder.
Reactive attachment disorder	F94.1	See Rutter and Uher (14)
Disinhibited social engagement disorder	F94.2	See Rutter and Uher (14)
<i>Non-disorder phenomena included under Factors Influencing Health Status and Encounters with Health Services</i>		
Acute stress reaction	F43.0	Refers to the development of transient emotional, cognitive and behavioural symptoms in response to an exceptional stressor such as an overwhelming traumatic experience involving serious harm or threat to the security or physical integrity of the individual or of a loved person(s) (e.g., natural catastrophe, accident, battle, criminal assault, rape), or an unusually sudden and threatening change in the social position and/or network of the individual, such as the loss of one's family in a natural disaster. The symptoms are considered to be within the normal range of reactions given the extreme severity of the stressor. The symptoms usually appear within hours to days of the impact of the stressful stimulus or event, and typically begin to subside within a week after the event or following removal from the threatening situation.

Obrázek 1. ICD-11 - Navrhované kategorie poruch spojených se stresem (Maercker et al., 2013)

2.2.2 DSM-V

Zatímco ve čtvrtém, revidovaném vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) byla v případě stresových poruch považována za hlavní faktor úzkost, a tyto poruchy tak byly řazeny pod Úzkostné poruchy (APA, 2000), v nejnovějším pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V*) je zdůrazněn stresový činitel a byla pro ně vytvořena samostatná diagnostická kategorie. Tento nový oddíl je nazván Poruchy spojené s traumatem a stresem (Trauma- and stressor-related disorders) a zahrnuje diagnózy, které byly v předchozí revizi obsaženy v jiných kapitolách. Nyní sem spadají následující duševní poruchy, u nichž je prožitek traumatické nebo stresující události jedním z diagnostických kritérií (APA, 2012):

- Reaktivní porucha přichylnosti (Reactive attachment disorder)
- Porucha inhibice v sociálním jednání (Disinhibited social engagement disorder)
- Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic stress disorder)
- Akutní stresová porucha (Acute stress disorder)
- Porucha přizpůsobení (Adjustment disorder)
- Jiné specifikované poruchy spojené s traumatem a stresem (Other specified trauma- and stressor-related disorders)
- Nespecifikované poruchy spojené s traumatem a stresem (Unspecified trauma- and stressor-related disorders)

Reaktivní porucha přichylnosti zahrnuje následující kritéria: **A)** Konzistentní vzorec stažení / odcizení vůči pečujícím dospělým osobám (manifestovaný oběma z uvedených projevů): dítě ve stresu zřídka vyhledává nebo reaguje na podporu či útěchu. **B)** Perzistentní sociální a emoční narušení (projevující se minimálně jednou z následujících forem): minimální sociální a emoční vnímavost vůči druhým; limitovaný pozitivní afekt; epizody nevysvětlitelné podrážděnosti, smutku či ustrašenosti i v neohrožujících

* DSM-V zatím nebyl přeložen do českého jazyka, proto jsou názvy jednotlivých poruch vedle překladu autorky této práce uvedeny v závorkách i v původním znění.

interakcích s dospělými pečovateli. **C)** Zkušenost s extrémním nedostatkem péče (minimálně jedním z následujících způsobů): sociální zanedbávání či deprivace ve formě perzistentního nedostatku uspokojování základních emočních potřeb podpory, stimulace a náklonnosti dospělými pečovateli; opakované změny pečujících osob limitující možnost vytvoření stabilní vztahové vazby; výchova v neobvyklém uspořádání, např. formou institucionální péče s nízkým počtem pečujících vůči dětem limitující možnost vytvoření selektivní vazby. **D)** Předpokládá se, že kritérium C je zodpovědné za poruchy z kritéria A. **E)** Nejsou naplněna kritéria pro poruchy autistického spektra. **F)** Porucha je patrná před 5. rokem života. **G)** Dítě je starší 9 měsíců věku. **Dále** se určuje persistence (trvání více než 12 měsíců) a závažnost (počet a závažnost symptomů) poruchy (APA, 2013).

Porucha inhibice v sociálním jednání je charakterizována: **A)** Vzorcem chování, kdy se dítě aktivně přibližuje a interaguje s neznámými dospělými lidmi, přičemž vykazuje (alespoň 2 z následujících znaků): minimální či žádnou zdrženlivost; přehnaně familiární verbální či fyzické projevy; minimální či chybějící tendenci k návratu k dospělému pečovateli po riskantním vzdálení se od něj i v neznámém prostředí; ochotu bez váhání odejít s cizím dospělým člověkem. **B)** Projevy z kritéria A nejsou impulsivního charakteru (jako např. u hyperaktivity s poruchou pozornosti). **C)** Dítě zažilo extrémní nedostatek péče (minimálně jedním z následujících způsobů): sociální zanedbávání či deprivaci ve formě perzistentního nedostatku uspokojení základních emočních potřeb podpory, stimulace a náklonnosti dospělými pečovateli; opakované změny pečujících osob limitující možnost vytvoření stabilní vazby; výchovu v neobvyklém uspořádání, např. formou institucionální péče s nízkým počtem pečujících vůči dětem limitující možnost vytvoření selektivní vazby. **D)** Předpokládá se, že kritérium C je zodpovědné za poruchy z kritéria A. **E)** Dítě je starší 9 měsíců věku. **Dále** se určuje persistence (trvání více než 12 měsíců) a závažnost (počet a závažnost symptomů) poruchy (APA, 2013).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) jako diagnostická jednotka prodělala v DSM-V poměrně velké změny a i přes snahu o zjednodušení je, dá se říci, propracovanější a pro klinické pracovníky uživatelsky příjemnější. Bylo odstraněno kritérium nutnosti prožitku hrůzy během traumatu (které nebylo

studiemi ověřeno jako významné) a jsou více rozpracovány traumatické a stresující události i míra zkušenosti s nimi. Byl zrušen subtyp akutní a chronické PTSD (které se v klinické praxi neosvědčily) a naopak byla zavedena specifikace PTSD s disociativními symptomy a opožděnou expresí a přibyla též diagnostická kritéria PTSD pro děti do 6 let (APA, 2012).

Posttraumatická stresová porucha je diagnostikována na základě následujících kritérií: **A)** Jedinec byl vystaven skutečné či hrozící smrti, závažnému zranění nebo sexuálnímu násilí jedním (nebo více) z následujících způsobů: formou osobního přímého zážitku traumatické události; přímým svědectvím traumatu jiných osob; dozvěděním se o traumatu osoby blízké (platí pouze pro násilné činy a nehody); nebo opakovaným či extrémním vystavením se aversivním detailům traumatických událostí při výkonu povolání (např. sbírání lidských ostatků záchranáři, či opakované vystavování detailům při šetření zneužívaných dětí policisty; Pozn.: neplatí pro vystavení prostřednictvím elektronických médií, televize, filmů či obrázků, pokud není spojeno se zaměstnáním). **B)** Po traumatické události je přítomen jeden (či více) intrusivních symptomů spojených s danou událostí: opakující se, bezděčné a neodbytné obtěžující stresující myšlenky týkající se traumatu; opakující se stresující sny obsahově nebo afektivně spojené s traumatem; disociativní reakce (např. flashbacky), při kterých se jedinec cítí nebo chová, jakoby se trauma vrátilo, přičemž jde o kontinuum reakcí s nejextrémnější expresí ve formě kompletní ztráty vědomí přítomného okolí; intenzivní nebo dlouhotrvající psychický distres a/nebo výrazná fyziologická reakce při vystavení interním či externím podnětům, které trauma připomínají. **C)** Dochází k perzistentnímu vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem jedním (nebo oběma) z následujících způsobů: jedinec se vyhýbá nebo se pokouší vyhnout stresujícím vzpomínkám, myšlenkám či pocitům a/nebo externím podnětům (jako jsou lidé, místa, konverzace, aktivity, věci či situace) úzce spojeným s traumatickou událostí, které podněcují stresující vzpomínky, myšlenky či pocity. **D)** Objevuje se jeden (či více) z následujících symptomů: negativní změny v kognici a náladě s počátkem nebo zhoršováním po traumatické události. Negativní alterace kognice se projevují neschopností rozvzpomenout se na důležité aspekty traumatické události; perzistentním a přehnaným negativním přesvědčením či očekáváním ohledně sebe, druhých či světa; nebo přetrvávajícím zkreslením stran příčin a následků traumatické

události, které vede k sebeobviňování či obviňování druhých. Z hlediska změn nálady lze pozorovat perzistentní negativní emoční stav (např. strach, hrůzu, vztek, pocity viny nebo studu); značně snížený zájem či angažovanost v důležitých aktivitách; pocit odcizení či lhostejnosti vůči druhým; setrvalou neschopnost prožívat pozitivní emoce. **E)** Dochází ke značným změnám dráždivosti a reaktivity spojeným s traumatem (s počátkem či zhoršováním po traumatické události), formou jednoho (či více) z následujících způsobů: podrážděnost a výbuchy hněvu při malé či žádné provokaci, typicky vyjádřené verbální či fyzickou agresí vůči lidem či předmětům; riskantní nebo sebedestruktivní chování; hypervigilita; nadměrná úleková reaktivita; potíže s koncentrací pozornosti; poruchy spánku. **F)** Délka trvání obtíží (kritéria B, C, D a E) je více než 1 měsíc. **G)** Porucha způsobuje klinicky významný distres či narušené fungování v sociální, pracovní či v jiných důležitých oblastech života. **H)** Porucha nemůže být přisuzována fyziologickým účinkům návykových látek či jiným zdravotním obtížím. **Dále** se určuje subtyp poruchy - PTSD s disociativními symptomy depersonalizace a/nebo derealizace, nebo PTSD s opožděnou expresí (když nejsou splněna všechna kritéria do 6 měsíců od události). Výše uvedená kritéria jsou platná pro dospělé, adolescenty a děti od 6 let věku (u nichž však příznaky mohou být manifestovány v obsahu či způsobu hry) (APA, 2013). Pro děti mladšího věku jsou uvedena v manuálu kritéria jiná, která tato práce (vzhledem ke svému zaměření na dospělé) neobsahuje.

Akutní stresová porucha je charakterizována: **A)** Vystavením se skutečné či hrozící smrti, závažnému zranění nebo sexuálnímu násilí prostřednictvím (jednoho či více z následujících způsobů): formou osobního přímého prožitku traumatické události; přímým svědectvím traumatu jiných osob; dozvěděním se o traumatu osoby blízké (platí pouze pro násilné činy a nehody); nebo prostřednictvím opakovaného či extrémního vystavování se aversivním detailům traumatických událostí (např. sbírání lidských ostatků záchranáři, či opakované vystavování detailům při šetření zneužívaných dětí policisty; Pozn.: neplatí pro vystavení prostřednictvím elektronických médií, televize, filmů či obrázků, pokud není spojeno se zaměstnáním). **B)** Přítomností 9 (a více z celkem čtrnácti) symptomů z následujících pěti kategorií syndromů: znovuprožívání/intruze, negativní afekt, disociace, vyhýbání a zvýšená dráždivost, s počátkem či zhoršováním po traumatické události. **C)** Porucha trvá od 3 dnů do 1 měsíce po

proběhlé traumatické události. **D)** Porucha způsobuje klinicky významný distres či narušené fungování v sociální, pracovní či v jiných důležitých oblastech života. **E)** Porucha nemůže být přisuzována fyziologickým účinkům návykových látek či jiným zdravotním obtížím (APA, 2013).

Porucha přizpůsobení je diagnostikována na základě následujících kritérií: **A)** V průběhu 3 měsíců od vypuknutí stresu je manifestována porucha v emoční či behaviorální oblasti, která se vyskytne následkem identifikovatelného stresoru. **B)** Lze pozorovat klinicky signifikantní symptomy značného distresu, který svou závažností či intenzitou neodpovídá stresoru a/nebo je sledováno významné narušení fungování v sociální, pracovní či v jiných důležitých oblastech života. **C)** Tato se stresem spojená porucha nesplňuje kritéria pro jinou duševní poruchu a není pouhým zhoršením stávající duševní poruchy. **D)** Symptomy nepředstavují běžnou reakci na ztrátu. **E)** Symptomy nepřetrvávají déle než 6 měsíců od ukončení působení stresu či jeho důsledků. **Dále** se určuje jeden z následujících subtypů poruchy: s depresivní fází; s anxiétou; s úzkostně-depresivní fází; s poruchou chování; s poruchou emocí a chování; a nespecifikovaná forma (APA, 2013).

Kategorie **Jiné specifikované poruchy spojené s traumatem a stresem** zahrnuje poruchy s výskytem symptomů typických pro poruchy spojené s traumatem a stresem, které způsobují klinicky významný distres či narušené fungování v sociální, pracovní či v jiných důležitých oblastech života, avšak nenaplnují všechna nezbytná kritéria žádné z těchto (výše popsaných) poruch. Tato diagnóza je využívána v případech, kdy klinik specifikuje důvod, pro nějž není naplněna jiná diagnostická jednotka z okruhu poruch spojených s traumatem a stresem, například z důvodu opožděného nástupu symptomů (3 a více měsíců po stresu), delšího trvání poruchy (déle než 6 měsíců) aj. (APA, 2013).

Poslední kategorie - **Nespecifikované poruchy spojené s traumatem a stresem** je určena pro poruchy s výskytem symptomů, které jsou typické pro poruchy spojené s traumatem a stresem, jež způsobují klinicky významný distres či narušené fungování v sociální, pracovní či v jiných důležitých oblastech života, ale nenaplnují všechna nezbytná kritéria žádné z těchto poruch. Tato diagnóza je využívána v případech, kdy klinik blíže neurčí důvod, pro nějž není naplněna jiná

diagnostická jednotka z okruhu poruch spojených s traumatem a stresem, např. v důsledku nedostatku informací k bližší specifikaci diagnózy (APA, 2013).

2.3 Diferenciální diagnostika a komorbidita

Vzhledem k poměrně širokému spektru symptomů vyskytujících se u posttraumatických poruch, které mohou připomínat ostatní duševní poruchy, případně se s nimi mohou vyskytovat v komorbiditě, je důležitá přesná diagnostika založená na pečlivé diferenciálně diagnostické úvaze. Následuje stručný přehled poruch, za něž mohou být poruchy spojené s těžkým stresem a traumatem pro určitou podobnost některých symptomů zaměněny nebo se s nimi mohou současně vyskytovat.

Akutní reakce na stres vs. porucha přizpůsobení vs. posttraumatická stresová porucha: Již v samotném okruhu posttraumatických poruch může být někdy nesnadné rozlišit, o kterou ze tří výše uvedených se jedná. Akutní reakce na stres je typická rozvojem příznaků bezprostředně po traumatické události a jejich rychlým odezněním během několika hodin až dní. U poruchy přizpůsobení nebývá stresor tak extrémní jako je tomu u akutní reakce na stres nebo u posttraumatické stresové poruchy a chybí intruzivní vzpomínky typické pro PTSD. I časový průběh poruchy přizpůsobení se liší - oproti PTSD je kratší, ale ve srovnání s akutní reakcí na stres může být delší, projevuje se zpravidla do 6 měsíců od stresové události. Zatímco diagnóza poruchy přizpůsobení bývá v klinické praxi nadužívána, tedy diagnostikována nadměrně často a nekorektně, posttraumatická stresová porucha bývá naopak často nedostatečně rozpoznána (Praško et al., 2011).

Deprese: Porucha nálady u poruch spojených s těžkým stresem a traumatem je méně hluboká a více ovlivnitelná externími podněty, a jedincova pozornost je zaměřena zejména na trauma a jeho důsledky - časté je zejména znovuprožívání. Depresivní epizoda je, naproti tomu, hlubší, méně odklonitelná, a převažuje u ní zaměření pozornosti na sebe. Komorbidita je však velmi častá (Praško et al., 2011). Traumatická zkušenost může epizodě deprese předcházet a některé symptomy posttraumatických poruch ji mohou připomínat, nicméně pokud jsou přítomny i další příznaky charakteristické pro tyto poruchy, neměla by být deprese diagnostikována (APA, 2013).

Fobie: Fobie po traumatické události je specifická k danému zážitku. Obdobně fobie neurotického charakteru se vztahují ke konkrétnímu předmětu obav. Nicméně, neurotické fobie nebývají doprovázeny intruzemi a kontinuálním nabuzením organismu, s posttraumatickými poruchami mají společnou pouze úzkost a vyhýbavé chování (Praško et al., 2011).

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD – Generalized anxiety disorder): Nadměrné obavy a starosti, které se objevují u poruchy přizpůsobení se smíšenou úzkostně depresivní symptomatikou, mají spíše charakter ruminací ohledně stresující minulosti a jsou doprovázeny reminiscencemi, disociativními fenomény a kontinuálním nabuzením - oproti GAD, kde je úzkostné prožívání zaměřeno spíše do budoucna (Praško et al., 2011). Navíc, tendence k vyhýbání, iritabilita a anxieta u GAD není spojena s prožitkem konkrétní traumatické události (APA, 2013). Původní adaptační porucha se však může časem chronizovat do úzkostné poruchy typu GAD (Praško et al., 2011).

Obsedantně kompulsivní porucha (OCD – Obsessive-compulsive disorder): Vtíravé myšlenky po traumatické události jsou živé a vztahují se spíše k minulosti, popřípadě přítomnosti, zejména ve formě flashbacků. Naopak u OCD se jedná spíše o obavy do budoucna – zejména o budoucí ztrátu kontroly (Praško et al., 2011). Navíc, intrusivní myšlenky u posttraumatických poruch sice splňují definici obsese, ale jsou spojeny s prožitkem konkrétní traumatické události a nejsou obvykle doprovázeny kompulzivním chováním, jako je tomu u OCD (APA, 2013). I komorbidita PTSD a OCD je poměrně nízká (Praško et al., 2011).

Panická ataka: Zvýšená dráždivost, vegetativní hyperaktivita a disociativní symptomy jsou charakteristické pro panickou ataku i pro poruchy spojené s těžkým stresem a traumatem. U panické ataky však tyto symptomy nejsou spojeny s prožitkem konkrétní traumatické události, jako je tomu u posttraumatických poruch (APA, 2013).

Konverzní poruchy / funkční neurologické poruchy: Jestliže se po prožití traumatické události u jedince vyskytnou nové somatické symptomy jakéhokoliv druhu, mohou být indikátorem některé z posttraumatických poruch, spíše než příznakem funkční poruchy konverzního charakteru (APA, 2013).

Disociativní poruchy: Disociativní stavy jako například disociativní amnézie, disociativní porucha identity, derealizace či depersonalizace (APA,

2013) jsou po traumatu poměrně časté, ale rozvinou se většinou bezprostředně po něm a jsou doprovázeny další symptomatikou posttraumatické stresové poruchy. Disociativní porucha je, naproti tomu, charakterizována pouze disociací a netrvá zpravidla déle než měsíc (Praško et al., 2011).

Stupor: Strnulost, která se může objevit u akutní reakce na stres, odezní rychle i bez léčby. Naproti tomu stupor psychotické či depresivní etiologie je dlouhodobější, nevyskytuje se v souvislosti se stresující či traumatickou událostí a vyžaduje léčbu - obvykle elektrokonvulzivní terapii (Praško et al., 2011).

Psychotické poruchy: Flashbacky, které jsou charakteristické pro posttraumatickou stresovou poruchu, mohou být poměrně snadno zaměněny za iluze, halucinace či jiné poruchy vnímání typické pro psychotické poruchy. Z diferenciatně diagnostického hlediska je tedy nezbytné sledovat další posttraumatické symptomy (APA, 2013).

Organické poruchy: Některé traumatické události mohou zahrnovat somatické zranění, např. poranění hlavy. Pokud byla událost traumatizující i psychicky, mohou se zároveň rozvinout i symptomy posttraumatické stresové poruchy. A naopak, následkem poranění mozku se mohou objevit symptomy, které PTSD připomínají, např. bolesti hlavy, závratě, senzitivita na světlo či zvuk, iritabilita a poruchy pozornosti. Je proto nutná pečlivá diagnostika založená na dalších symptomech typických pro danou poruchu, například znovuprožívání a vyhýbání u PTSD, perzistentní dezorientace a zmatenosti u organických poruch (APA, 2013).

Poruchy osobnosti: Komorbidita s některými poruchami osobnosti, především s hraniční a histriónskou poruchou, je poměrně vysoká (Praško et al., 2011). Navíc, pro oba typy poruch jsou charakteristické problémy v oblasti mezilidských vztahů. Pokud se vztahové obtíže vyskytují nebo byly výrazně zesíleny po prožitku konkrétní traumatické události, mohou být indikátorem posttraumatické stresové poruchy. Pokud se však na traumatickou událost nevážou nebo se nerozvinou další symptomy PTSD, o posttraumatickou stresovou poruchu nejspíše nejde (APA, 2013).

Syndrom závislosti: Rozvoj závislosti na psychoaktivních látkách, zejména alkoholu, drogách či psychofarmacích (nejčastěji benzodiazepinech) je u osob trpících posttraumatickou stresovou poruchou velkým rizikem. Obě poruchy

se navíc často vyskytují v komorbiditě, přičemž PTSD může být za závislosti skryta (Praško et al., 2011).

V neposlední řadě je důležité na tomto místě zmínit, že lidé trpící posttraumatickou stresovou poruchou mají oproti těm bez PTSD 80% šanci, že budou splňovat kritéria pro minimálně jednu další duševní poruchu, například depresi, bipolárně afektivní poruchu, některou z úzkostných poruch nebo závislost na návykových látkách. U mužů oproti ženám se častěji vyskytuje komorbidita se závislostí na návykových látkách a porucha chování (APA, 2013). Komorbidita s depresivní poruchou, úzkostnými poruchami a závislostí významně zvyšuje riziko suicidia (Praško et al., 2011).

2.4 Diagnostika traumatu

Při diagnostice traumatu je klasicky využíván přístup kvalitativní i kvantitativní. Důležité je klinické posouzení klientem manifestovaných příznaků. Nezbytné je rovněž získat co nejvíce informací o prožité traumatické zkušenosti. V minulosti používané nestrukturované diagnostické rozhovory se ukázaly jako nevhodné – podněcovaly sice volné vyprávění traumatizované osoby, avšak byly proto značně emočně náročné a poskytovaly pouze omezené informace o traumatické zkušenosti. V dnešní době se klinická praxe kloní spíše ke strukturovanějším postupům, které jsou opakovatelné a pro klienty méně zatěžující (Vizinová & Preiss, 1999). Využívány jsou zejména různé dotazníky, případně strukturované rozhovory - samozřejmě vedle klasického klinického posouzení zahrnujícího anamnestický rozhovor a pozorování chování klienta. Nástrojů určených pro diagnostiku posttraumatické stresové poruchy je v České republice, ve srovnání se zahraničím, poměrně málo.

Výhodou **strukturovaného rozhovoru** oproti volnému vyprávění je u traumatizovaných klientů zejména relativní neutralita otázek vztahujících se k zažité události a jejím následkům. Další předností, společnou všem strukturovaným metodám, je opakovatelnost administrace po čase. V případě traumatu je opakovatelnost důležitá, jelikož informace poskytnuté klientem v různém časovém období se mohou lišit, a to hned z několika důvodů. Paměťový proces může být negativně ovlivněn nadměrným stresem, a to zejména vysokou mírou emočního rozrušení, obrannými mechanismy (zejména popření a

vyhýbání), poruchou paměti v souvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) (např. disociace duševních procesů), depresí či zraněním hlavy, nebo dokonce kulturně podmíněnou nezbytností poskytnout prostředí hluboké důvěry k rozhovoru o traumatu. Strukturované rozhovory se jeví jako vhodné zejména u těžce traumatizovaných osob. Příkladem strukturovaného rozhovoru zaměřeného na trauma je Jackson Structured Interview for PTSD, který vychází z kritérií pro posouzení posttraumatické stresové poruchy dle psychiatrické klasifikace DSM-III a soustředí se na analýzu aktuálních obtíží klienta s ohledem na vypracování léčebného programu. Jacksonovo strukturované interview bylo vyvinuto pro posouzení traumatických válečných zážitků. Rozhovor trvá zhruba 3 až 4 hodiny a jeho obsah je uspořádán do tří oblastí: 1) hodnocení současného stavu (subjektivní hodnocení aktuálních symptomů z hlediska frekvence, průběhu, intenzity a trvání); 2) předválečná minulost (klasická klinicko-psychologická anamnéza, fungování před traumatem); a 3) období války (upřesňuje druh a rozsah traumatu, hodnotí se dopad traumatu vzhledem k současné situaci) (Vizinová & Preiss, 1999). Dále jsou v zahraničí využívány např. Clinician-Administered PTSD Scale, PTSD Symptom Scale – Interview, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (pro různé psychiatrické poruchy včetně PTSD), které se zaměřují zejména na posouzení kritérií PTSD dle DSM-III-R či DSM-IV (Weiss, 2004_a).

Pro **dotazníkové metody** užívané k diagnostice traumatu platí, že je vždy třeba zvolit specifickou metodu dle daného klienta a jeho obtíží, resp. podle typu traumatické zkušenosti. Dotazníky jsou totiž zaměřeny na konkrétní traumatické události, např. dotazníky pro oběti znásilnění, válečných neštěstí, různých přírodních katastrof apod., a nelze je tak bez modifikace využít pro jiné typy neštěstí. Dotazníkových metod existuje v zahraničí poměrně velké množství, v České republice většinou nejsou standardizovány, často ani přeloženy do českého jazyka. V praxi jsou tyto metody nezdědka preferovány pro svoji praktičnost - umožňují opakovanou administraci a hodí se jak pro hodnocení traumat nedávných, tak časově vzdálených (Vizinová & Preiss, 1999). Využívány jsou především dotazníky a škály pro sebeposouzení symptomů posttraumatické stresové poruchy dle diagnostických kritérií podle různých revizí amerického diagnostického manuálu DSM pro obecnou populaci, jako např. Traumatic Stress Schedule, Traumatic Events Questionnaire, Trauma History Questionnaire,

Stressful Life Events Screening Questionnaire, Traumatic Life Events Questionnaire, Life Stressor Checklist-Revised a Brief Trauma Questionnaire, které vycházejí z kritéria A a jsou tedy zaměřeny na podstatu traumatické zkušenosti a s ní související pocity intenzivního strachu, bezmoci a hrůzy. Dále jsou k dispozici sebesposuzovací dotazníky, které vycházejí z kritérií B-D a jsou tedy zacíleny na hlavní trojici symptomů PTSD (vyhýbání, zvýšenou dráždivost a znovuprožívání), jako např. Impact of Event Scale-Revised, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, PTSD Checklist, Davidson Trauma Scale, Purdue PTSD Scale-Revised, Screen for Posttraumatic Stress Symptoms a Self-Rating Inventory for PTSD (Norris & Hamblen, 2004). Rovněž existuje mnoho dotazníků zaměřených na specifické populace, jako např. Combat Exposure Scale, Mississippi Scale for Combat Related PTSD (Vizinová & Preiss, 1999), Abusive Violence Scale, Military Stress Scale, War Events Scale, Combat Exposure Index aj., zaměřené na válečné veterány (Keane, Street, & Stafford, 2004), nebo např. transkulturně využitelný dotazník Harvard Trauma Questionnaire pro hodnocení traumat typu masového násilí, který zahrnuje i otevřené otázky pro subjektivní popis nejtraumatičtějšího zážitku (Norris & Hamblen, 2004). Dále jsou využívány posuzovací stupnice pro posouzení symptomů PTSD další osobou, většinou terapeutem, jako je např. Reakční index PTSD (Vizinová & Preiss, 1999) či PTSD-Interview (Norris & Hamblen, 2004). Jako užitečné se dále jeví dotazníky depresivity, jako např. Birlsonův dotazník depresivity či sebesposuzovací škály, např. Beckův inventář depresivity nebo další škály zaměřené na různé psychiatrické symptomy, jako např. Symptom Checklist (Vizinová & Preiss, 1999).

Zejména v posledních deseti letech, převážně v zahraničí, se rozvíjí výzkum zaměřený na **psychofyzilogickou charakteristiku** posttraumatické stresové poruchy a tyto metody postupně začínají pronikat i do klinické praxe, i když jsou zatím příliš uživatelsky komplikované a proto málo využívané. Většina výzkumných prací pojednává v této souvislosti o měření periferní autonomní a svalové aktivity. Novější studie pak zkoumají v souvislosti s PTSD i elektrofyziologickou aktivitu, kognitivní evokované potenciály (ERP – event-related potentials), či hladinu autonomního nabuzení (autonomic arousal). V praxi je někdy využíván systém tzv. čtyř klíčových fyziologických systémů – kardiovaskulárního (nejčastěji vyšetření krevního tlaku a srdeční akce),

elektrodermálního (zejména měření aktivity potních žláz, vodivosti a odporu kůže), elektromyografického (časté je měření svalové aktivity pomocí elektrod EMG) a elektrokortikálního (elektroencefalografie a ERP). Nejnověji, zatím spíše jen výzkumně, se využívají i zobrazovací metody, jako např. funkční magnetická rezonance (fMRI) či pozitronová emisní tomografie (PET), které umožňují identifikaci míst zvýšené aktivity mozku ve spojitosti s podněty připomínajícími traumatickou zkušenost. Využití psychofyziologických metod v klinické praxi se nabízí zejména pro predikci přízpusobení po traumatu či posouzení odpovědi na léčbu (Orr, Metzger, Miller et al., 2004).

2.5 Terapie traumatu

Cílem terapeutických, ve většině případů psychoterapeutických intervencí je zpracování traumatické události a integrace traumatu do osobních zkušeností zasaženého jedince a odstranění negativního dopadu traumatické události. Psychoterapií traumatu se zabývají různé psychoterapeutické směry, každý s využitím svých specifických metod a technik. Někdy je nezbytná též farmakologická terapie.

Společným prvkem, respektive základem každé **psychoterapie** je psychoterapeutický vztah, emoční podpora a navození pocitu bezpečí. V případě terapie traumatu je navíc důležitá edukace o posttraumatické stresové poruše, a to jak pro klienta, tak jeho rodinné příslušníky (Praško, 2005). Samotná psychoterapie je pak proces probíhající ve třech fázích. Cílem počáteční fáze je vytvoření terapeutického vztahu, vytvoření pocitu jistoty a bezpečí a vyjasnění rolí a hranic mezi terapeutem a klientem. Nejprve terapeut klientovi pomáhá v přijetí paradoxní nespravedlnosti – klient jako oběť traumatizující události není zodpovědný za to, co se mu stalo, ale je zodpovědný za své zdraví, tzn., měl by se aktivně podílet na zlepšení svého zdravotního stavu (včetně stavu psychického). Druhou fází psychoterapeutického procesu je fáze zpracování. Terapeut pomáhá klientovi vyjádřit hrůznou zkušenost a rekonstruovat tak traumatické vzpomínky, znovu prožít s traumatem spojené emoce v bezpečném prostředí a prozkoumat osobní význam traumatu. Cílem této fáze je, aby klient znovu začal prožívat kontinuitu svého života a objevil novou naději a sílu. V poslední fázi – fázi ukončení, pak terapeut klienta směřuje k samostatnosti, budoucnosti a vytvoření

pevných vazeb sociální opory; klient nalézá nový vztah k sobě a ke světu (Vizinová & Preiss, 1999). Níže jsou stručně popsány nejrozšířenější psychoterapeutické přístupy, které se prací s traumatem u dospělých klientů zabývají.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) se zaměřuje na analýzu a modifikaci myšlení a jednání klienta; soustředí se na pozorovatelné a vědomé. Je symptomatickou léčbou, jejímž cílem je soběstačnost klienta (Vizinová & Preiss, 1999). Vychází z předpokladu, že traumatická událost má díky silnému emočnímu vlivu potenciál k rychlému vytvoření podmíněného spojení mezi původně neutrálními stimuly, které následně vedou k opakovaným prožitkům úzkosti. Sekundárně pak dochází k rozvoji selektivní pozornosti, což ústí ve vyhýbavé chování, které dále udržují automatické negativní myšlenky a kognitivní omyly. Specifickými metodami práce KBT jsou edukace, expozice spojená s abreakcí, kognitivní restrukturační (pro vyrovnání s kognitivní distorzí způsobenou traumatem), nácvik dovedností (usměrňování maladaptivního chování, relaxace, aj.) a řešení problémů (Praško, 2005). Kognitivně-behaviorální terapie je při práci s traumatizovanými klienty jedním z nejvyužívanějších přístupů, zejména pro svoji strukturovanost, časové ohraničení a malou časovou náročnost (Vizinová & Preiss, 1999).

Podpůrná psychoterapie je zaměřena na posílení oslabených prvků psychiky bez snahy o hlubší průnik do osobnostní struktury klienta. Jejím hlavním cílem je vnitřní stabilizace a zklidnění klienta prostřednictvím uvolnění emočního napětí (Vizinová & Preiss, 1999) a emoční rekonstrukce traumatické události (Praško, 2005). Hlavním účinným faktorem podpůrné psychoterapie je terapeutovo chování ke klientovi, důležitá je zejména schopnost empatie a porozumění, autenticita a vřelost. Pro práci s traumatem jsou stěžejní následující principy: princip kontaktu - terapeutického vztahu, což je společným nutným prvkem všech terapií; princip vyjasnění traumatických prožitků, porozumění jejich vlivu na aktuální potíže; princip rady ohledně nejnutnějších současných problémů; princip korekce - přerámování významu traumatické události, s důrazem na pozitivní vnímání sebe, druhých a světa; a princip strukturační - nalezení pevné struktury v životě a vytvoření plánů pro nejbližší budoucnost (Vizinová & Preiss, 1999). Úkolem terapeuta je být klientovi průvodcem a oporou

(Praško, 2005). Podpůrná psychoterapie patří v rámci léčby traumat k základním a velmi praktickým přístupům (Vizinová & Preiss, 1999).

Psychodynamická psychoterapie vychází z Freudova traumatického modelu a pracuje zejména s abreakcí a interpretací přenosu. Pro klienty s posttraumatickou stresovou poruchou je charakteristický přenos ve formě triády: terapeut, klient a „viník zločinu“, kdy přenos odráží zejména pocity bezmoci, případně viny nebo agrese. Vychází se z předpokladu dezintegrujícího vlivu traumatu na psychiku zasaženého, který začíná blokadou prožívání a pokračuje inhibicí ostatních duševních funkcí, s využitím extrémních obranných mechanismů, zejména regrese, popření, projekce a štěpení, což znemožňuje asimilaci traumatizujících informací. Zkoumá se interakce současného traumatu s traumaty z minulosti, přičemž léčba je zaměřena na porozumění klientovi a zdrojům jeho psychopatologických projevů (Vizinová & Preiss, 1999). Léčba je rozdělena do několika fází, s počáteční orientací na rekonstrukci traumatické události a abreakci a katarzi; dále zprostředkování náhledu na vliv zkušeností z dětství na současné problémy (ve smyslu zvýšené vulnerability k rozvoji příznaků PTSD); a konfrontaci s maladaptivními postoji k sobě a ke světu a jejich korekci prostřednictvím korektivní zkušenosti ve vztahu s terapeutem (Praško, 2005). Hlavním cílem takto zaměřených terapeutických přístupů je intrapsychické zpracování traumatu – přetvoření traumatického prožitku ve vzpomínku integrovanou do životní historie jedince. Psychodynamická psychoterapie je účinná, avšak náročná a dlouhodobá, a nebývá proto pro práci s traumatem upřednostňována (Vizinová & Preiss, 1999).

Práce s tělem pracuje s obrannými mechanismy a jejich somatickými projevy, které jsou reakcí na extrémní emoční zátěž. Je zaměřena na proces dýchání a uvolňování svalového napětí prostřednictvím dechových cvičení a jemných masáží, prostřednictvím nichž se snaží o uvolňování tzv. energetických bloků v určitých částech těla, které jsou považovány za symptomy potlačených emocí. Prostřednictvím práce se somatickými symptomy se klient dostává do kontaktu s potlačenými traumatickými vnitřními obsahy, které se vyplavují prostřednictvím vzpomínek a emocí, čímž dochází k abreakci a integraci odštěpených obsahů (Vizinová & Preiss, 1999). Mezi takto orientované psychoterapeutické přístupy se řadí např. bioenergetika, biosyntéza, satiterapie a

jiné (Kryl, 2002). Práce s tělem je považována za velmi vhodný přístup k terapii traumatu (Vizinová & Preiss, 1999).

V terapii traumatu lze rovněž využít některé **další psychoterapeutické přístupy**. Poměrně známou metodou je desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů (EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing), využívaná k nácviku emoční sebekontroly, relaxace a protipodmiňování, přepracování postoje k traumatu a selfmonitoring (Kryl, 2002). EMDR se výzkumně ukazuje při terapii posttraumatické stresové poruchy jako velmi efektivní a v některých zemích - zejména v USA, je vedle KBT nejdoporučovanější metodou (Hamblen, Schnurr, Rosenberg, & Eftekhari, n.d.). Dále jsou při terapeutické práci s traumatem využívány hypnosuggestivní metody k vyvolání a odreagování traumatického zážitku, odsugerování úzkosti a psychosomatických příznaků, relaxační metody, jako například autogenní trénink nebo Jacobsonova progresivní relaxace, ke snížení tenze a získání pocitu sebekontroly, existenciální psychoterapie a logoterapie zaměřené na hledání smyslu života i v podmínkách psychického a tělesného utrpení (Kryl, 2002).

Jak již bylo naznačeno výše, **farmakoterapie** bývá u posttraumatických poruch využívána pouze sekundárně, většinou v případech, kdy psychoterapie není úspěšná nebo když je psychická porucha příliš těžká. Základní metodou volby jsou pak v případě těžkých úzkostných stavů anxiolytika, popřípadě antidepresiva, která jsou užívána zejména pro léčbu chronických stavů (Vizinová & Preiss, 1999). Léčba anxiolytiky je však pro návykový potenciál benzodiazepinů, které jsou využívány nejčastěji, doporučována pouze na přechodnou dobu, než začnou působit antidepresiva. Někdy bývají pro kontrolu vegetativních příznaků a urychlení léčebného efektu využívány beta-blokátory (Praško, 2005), pro kontrolu impulzivity thymoprofylaktika, případně neuroleptika pro snížení případné agresivity (Kryl, 2002). Farmakoterapie by v každém případě měla být užívána pouze dočasně, například doporučená udržovací léčba antidepresivy je cca rok až rok a půl (Praško, 2005), v kombinaci s psychoterapií, která je metodou primární volby a jeví se v případě posttraumatických poruch jako efektivnější (Vizinová & Preiss, 1999).

V neposlední řadě je nutno zmínit metodu **debriefingu**, který sice není léčebnou metodou či psychoterapií, avšak jedna z jeho forem – Critical incident

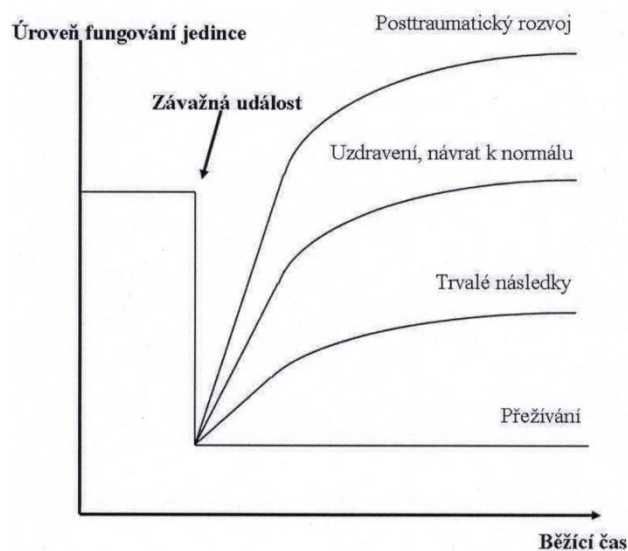
stress debriefing (CISD) je důležitým preventivním opatřením a prostředkem ke zmírnění dopadu traumatizujících událostí (Mitchell, n.d.₁) využívaným u příslušníků zásahových složek, např. u příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR po mimořádných zásazích, kde se jeví jako efektivní. Dle Mitchella (1983), autora této techniky, je CISD druhem krizové intervence, která většinou probíhá formou skupinového rozboru mimořádné události (může se však jednat i o formu individuální konzultace), v rámci systému Critical incident stress management (CISM; blíže viz str. 65). CISD je strukturovaný rozhovor kombinovaný s praktickými informacemi, vedený odborníkem na duševní zdraví orientovaným v problematice krize a neštěstí (pozn.: v České republice je veden vyškoleným psychologem). Na osobní rovině pomáhá záchranářům po zvláště náročných zásazích ventilovat emoce, strukturovat událost a formou příběhu ji integrovat, přičemž má přesah i do skupinové dynamiky – obnovuje a ozdravuje skupinovou kohezi a výkon družstva / jednotky (Mitchell, n.d.₁).

3. Posttraumatický růst

Přestože je se stresem spojováno množství zdravotních komplikací, stres nemusí mít vždy jen negativní důsledky. Přiměřená míra či určitý druh stresu mohou jedince aktivizovat a rozvíjet jeho kompetence řešení problémů a posilovat tak jeho sebedůvěru (Vágnerová, 2008). Za předpokladu zachování smysluplné životní perspektivy je stres dokonce nezbytný pro osobnostní rozvoj ve smyslu zvýšení odolnosti proti budoucím stresorům (Nakonečný, 1998). Avšak i vyšší než běžná míra stresu, například prožitek traumatické zkušenosti, zahrnuje rozvojový potenciál ve formě tzv. posttraumatického růstu. Na ten je zaměřena následující kapitola, která představuje koncept posttraumatického růstu a jeho základní teoretické modely, ilustruje vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem a popisuje možnosti jeho měření a facilitace. (Pozn.: Velmi podrobné pojednání o posttraumatickém růstu nabízí monografie Mareše, 2012).

3.1 Stručný úvod do problematiky

Hledání pozitivních dopadů spojených s prožitím negativních životních událostí a katastrof má dlouhou historii. Takto zaměřené úvahy je možno nalézt ve velkých světových náboženstvích, moudrech starověkých myslitelů, krásné literatuře i v řadě lidových přísloví jako je například známé rčení: „Co tě nezabije, to tě posílí“. Počátky exaktního výzkumu v této oblasti jsou však datovány k období 2. světové války, zejména v souvislosti se zážitky přeživších z koncentračních táborů (např. Frankl, Antonovský) (Mareš, 2012). Výzkumný boom však nastal zejména v posledních několika desetiletích, kdy, spolu s rozvojem nového paradigmatu charakterizovaného posunem zaměření od nemoci směrem ke zdraví, přibývá výzkumných studií zacílených na pozitivní dopady prožité traumatizující zkušenosti na zasaženého jedince čili posttraumatický růst. Ten je definován jako významná pozitivní změna na úrovni emoční a kognitivní, která se může projevit i v chování, kdy se jedinec dostává nad svoji dosavadní úroveň fungování (Calhoun & Tedeschi, 2006). Možné důsledky po prožité traumatické zkušenosti ilustruje obrázek 2 níže.



Obrázek 2. Rozdílné důsledky prožitého traumatu
(Carver, 1998; in Mareš, 2012).

Tento relativně nový trend v pohledu na trauma je zaměřený jak na osoby zasažené traumatizující událostí, tedy oběti různých mimořádných událostí a traumatických zkušeností, tak na zasahující profesionály mezi které patří hasiči, policisté, zdravotníci záchranné služby, humanitární pracovníci, vojáci a další. Příslušníci zmíněných profesí traumatickým událostem musí v rámci svého povolání čelit poměrně často a jsou jimi také do jisté míry ovlivněni – ať už přímo, skrze vlastní traumatickou zkušenost, či sekundárně, prostřednictvím práce s lidmi zasaženými mimořádnou událostí či jiným druhem neštěstí. K posttraumatickému růstu však nedochází u všech jedinců vystavených traumatické zkušenosti. Do značné míry závisí na osobnostních charakteristikách jedince, jeho copingových strategiích, zdrojích, typu traumatické zkušenosti a míře exponování traumatu, kognitivním zpracování události, sociální opoře aj. (Mareš, 2008).

3.2 Základní modely posttraumatického růstu

V souvislosti s pozitivními dopady prožitého traumatu se v odborné literatuře lze setkat s různými termíny, a to jak v původních zahraničních studiích, kde se většinou terminologie autorů jednotlivých teoretických koncepcí liší, tak

v českém překladu výzkumně nejrozšířenějšího modelu Tedeschiho a Calhouna – tzv. posttraumatic growth. Ten je nejčastěji překládán jako posttraumatický rozvoj (např. Mareš, Kohoutek a Čermák) či posttraumatický růst (např. Preiss), a jeho popis, stejně jako dalších koncepcí rozvoje následkem prožitého traumatu, následuje níže.

3.2.1 Model Tedeschiho a Calhouna

Model Tedeschiho a Calhouna byl v průběhu posledních dvou desetiletí opakovaně ověřován a obohacován. Nejnověji autoři definují posttraumatický růst jako významnou pozitivní změnu v jedincově prožívání a poznávání, která se může projevit i v chování. Změna v chování však není nezbytnou podmínkou či kritériem posttraumatického růstu - absence objektivně pozorovatelné změny v tomto modelu růst nevylučuje (Calhoun & Tedeschi, 2006). Posttraumatický růst je autory vnímán jako proces, ke kterému dochází prostřednictvím kognitivního zpracování události takto: traumatická zkušenost významně otřese nebo zničí jedincovy základní představy o světě a důležitých osobních cílech - představuje výzvu z hlediska jeho přesvědčení, cílů i schopnosti autoregulace emocí. Výsledkem je značný distress, který iniciuje automatické, opakované přemítání nad událostí a chování zacílené na snížení napětí. Poté, co se podaří distress zmírnit, se automatické ruminace nad událostí transformují do podoby záměrného uvažování nad traumatem a jeho dopady na jedincův život. Postupně dochází k přerámování zážitku a hledání smyslu, což je z hlediska posttraumatického růstu klíčové. Jedinec se díky prožitému traumatu dostává nad svoji pretraumatickou úroveň fungování (viz obrázek 2), přičemž posttraumatický růst může koexistovat s reziduální posttraumatickou symptomatikou (Tedeschi & Calhoun, 2004). Zmíněným rozvojem v adaptaci, psychologickém fungování a chápání života se rozumí jak proces, tak výsledek, který se však může dostavit s časovým odstupem i mnoha let (Mareš, 2008). Autoři tohoto modelu na základě faktorové analýzy předpokládají, že pozitivní změny zahrnují pět oblastí: 1) vztahy s druhými lidmi (např. prohloubení a ocenění vztahů, vyšší vstřícnost, otevřenost a vnímavost směrem k druhým, ochota přijmout nabízenou pomoc); 2) osobnostní růst (např. pocit vyšší soběstačnosti, kompetence a sebehodnoty, emoční růst); 3) spirituální změny (např. posílení víry, změna životní filozofie a

hodnot, objevení smyslu života); což otevírá 4) nové možnosti; a přináší 5) vyšší ocenění života (Tedeschi & Calhoun, 1996). Dle zmíněných pěti oblastí je konstruován i dotazník posttraumatického růstu výše uvedených autorů, tzv. Posttraumatic growth inventory, jehož zkrácená verze byla využita v této dizertační práci.

3.2.2 Další koncepce

Vedle výše uvedeného modelu Tedeschiho a Calhouna odborná literatura nabízí několik dalších koncepcí posttraumatického růstu. Společným základem všech pojetí je rozvoj jedince po prožití traumatické zkušenosti, avšak jednotlivé modely se liší v orientaci na proces nebo výsledek, v počtu oblastí změny či způsobu manifestace posttraumatických změn.

Model Janusovské tváře Zoellnerové a Maerckera předpokládá dvě tváře posttraumatického růstu – funkční a iluzorní. Funkční tvář posttraumatického růstu je konstruktivní, sebepřesahující a přináší benefit v podobě růstu. Naproti tomu druhá, iluzorní tvář, je dysfunkční, sebeobelhávající a pozitivně zkresluje pohled na událost či sebe sama, například formou nepřiměřeného pocitu kontroly nad událostmi nebo nerealisticky pozitivního vnímání budoucnosti. Autoři uvádí, že funkční i iluzorní tvář posttraumatického růstu jsou koexistující složky, které se rozvíjí v odlišném čase uplynulém od traumatické události a souvisejí s přizpůsobením každá jiným způsobem; jsou tedy na sobě nezávislé. Iluzorní stránka posttraumatického růstu může v krátkém časovém horizontu tlumit negativní dopad traumatu a sloužit jako akutní, krátkodobá paliativní copingová strategie. Při úspěšné adaptaci na trauma se s postupujícím časem iluzorní složka snižuje - pokud se ovšem kognitivní vyhýbání spojené s popřením nezakotví v chování, což pak vede ke špatnému přizpůsobení, zatímco funkční, konstruktivní složka posttraumatického růstu postupně narůstá (Zoellner & Maercker, 2006_a). Taylorová a Armor (1996) pozitivní iluzi dokonce vnímají jako přirozenou odpověď jedince na ohrožující životní události, která má vyložené protektivní funkci a pomáhá k uzdravě a navrácení na pretraumatickou úroveň fungování. Z hlediska dlouhodobého přizpůsobení a psychické pohody však hraje zásadní roli konstruktivní, sebetransformující komponenta posttraumatického růstu (Zoellner & Maercker, 2006_a).

Model akčního růstu Hobfolla a kolegů potvrzuje Janusovskou podobou posttraumatického růstu a rovněž odlišuje subjektivně vnímaný růst, který má jen vnitřní podobu a může tak být pouhou iluzí, od skutečného posttraumatického růstu. Zatímco iluzorní růst vnímají autoři především jako copingovou strategii, skutečný růst podle nich znamená převedení benefitů nalezených v procesu kognitivního zpracování události do chování jedince, prostřednictvím kterého může být nalezen i smysl traumatické události. Čili pozitivní dopad traumatické události musí být patrný i v chování jedince, přičemž může fungovat protektivně proti rozvoji psychopatologie - zejména posttraumatické stresové poruchy a deprese, respektive právě snížení psychických obtíží je dle autorů důkazem skutečného růstu. Posttraumatický růst tedy v tomto pojetí není jen kognitivním procesem či intelektuálním cvičením v přerámování události, ale ozdravným procesem, který probíhá prostřednictvím akce. Naopak absence akce při hledání nového smyslu traumatické zkušenosti může mít negativní důsledky. Ani jedna z Janusovských tváří posttraumatického růstu nemusí tedy souviset s dobrým přizpůsobením a bez převedení do akce dokonce obě mohou vést k negativním následkům (Hobfoll et al., 2007).

Model Janoff-Bulmanové je orientován naopak opět subjektivně a předpokládá akomodaci jedincova dosavadního modelu fungování světa, která ústí ve vyšší odolnost. Po traumatické zkušenosti je jedinec nucen přebudovat svůj stávající pohled na svět, který je traumatem otřesen - zejména co se týče předvídatelnosti a kontrolovatelnosti událostí. Snaží se nalézt smysl prožití traumatické zkušenosti, zorientovat se v událostech a pochopit je, zpracovat osobní význam prožitku a zhodnotit přínos traumatu. K posttraumatickému růstu dochází, pokud si jedinec zvolí vhodnou copingovou strategii a přes událost se přenesse, namísto aby ji přijal jako nevyhnutelnou ránu osudu, a vybuduje si nové porozumění světu. Traumatem iniciovaná pozitivní změna pak zahrnuje následující oblasti: dojde k existenciálnímu přehodnocení života, zvýší se jedincova vnitřní síla, odolnost a sebedůvěra a zvýší se jeho psychická připravenost na negativní události obecně. Jedinec se tak stává díky traumatickému prožitku odolnější (Janoff-Bulman, 2006).

Model Josepha a Linleyho nazvaný Organismic valuating theory of growth through adversity je snahou o integraci dosavadních teoretických modelů

Tato teorie růstu prostřednictvím zhodnocení neštěstí (ve smyslu traumatické události) je opět zacílena především na kognitivní zpracování události a pojednává o vyrovnávání se s traumatickým prožitkem prostřednictvím asimilace zkušenosti či akomodace modelu fungování světa. Koncepce vychází z předpokladu, že lidé mají ve snaze o optimální psychickou pohodu (well being) tendenci snažit se pochopit a smysluplně integrovat své zážitky. Ve vztahu k traumatickým zkušenostem autoři předpokládají, že existují nejméně tři možné důsledky prožitého traumatu, které závisí na způsobu jeho kognitivního zpracování. Traumatická zkušenost může být asimilována - jedinec ji zahrne do svého dosavadního modelu fungování světa, čímž se uzdraví, tzn., zbaví se symptomatiky posttraumatického stresu, a vrací se na svoji pretraumatickou úroveň fungování. Nedochází však k růstu a jedinec zůstává zranitelný vůči budoucím stresorům. Dalším možným důsledkem traumatu je přebudování dosavadního modelu fungování světa ve světle traumatické zkušenosti, a to v negativním nebo pozitivním směru. Zatímco negativní akomodace vede ke špatnému přizpůsobení a k rozvoji psychopatologie, pozitivní akomodace je naopak doprovázena dobrým přizpůsobením a posttraumatickým růstem (Joseph & Linley, 2006).

Výše uvedený výčet teorií posttraumatického růstu zahrnuje nejznámější koncepce a jistě není všezahrnující. Mezi **další modely** patří např. teorie kognitivní adaptace na hroživé události Taylorové (1983), která uvažuje o posttraumatickém růstu jako o formě sebevylepšujícího hodnocení ve smyslu pozitivní iluze, která má adaptivní funkci pro psychologické přizpůsobení. Dále koncepční model životních krizí a osobnostního růstu (Model of life crises and personal growth) Schaefera a Moose (1998) zaměřený na determinanty pozitivních dopadů krizí, jenž ilustruje rozličné faktory spojené s prostředím, událostí a osobnostními rysy, které se navzájem ovlivňují tzv. zpětnovazebnou smyčkou. Davis, Nolen-Hoeksema a Larson (1998) považují posttraumatický růst, vedle kauzálních atribucí, za jednu z forem budování smyslu, přičemž růst podle nich znamená schopnost přisoudit traumatické zkušenosti přínos. Podobně Filippová (1999) uvažuje o posttraumatickém růstu jako o interpretativním procesu zpracování informací, který je copingovou strategií. Rovněž Parková a Folkmanová (1997) považují posttraumatický růst za formu copingové strategie, která je zaměřena na zpracování smyslu.

3.3 Vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem

Jak již bylo popsáno dříve v této kapitole, k posttraumatickému růstu může dojít následkem traumatizující zkušenosti. Zejména v posledních pár letech se výzkum této problematiky soustřeďuje na otázku, jaký je vlastně vztah mezi posttraumatickou symptomatikou, zejména psychopatologií ve smyslu posttraumatické stresové poruchy, a posttraumatickým růstem (PTG). Takto zaměřených studií, převážně zaměřených na zasažené / oběti, je relativně mnoho a stále přibývají, neboť dosavadní výsledky jsou poněkud inkonzistentní. Někteří autoři tvrdí, že mezi distresem či PTSD a PTG není žádný vztah, čili že se jedná o dva nezávislé důsledky traumatu, které mohou být zažívány zároveň (např. Cordova et al. 2001; Stump & Smith, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996). Převážná většina studií však referuje o vztahu lineárním, přičemž ani zde výsledky nejsou jednotné. Zatímco někteří autoři našli signifikantní pozitivní korelaci mezi PTSD a PTG, čili vyšší výskyt symptomů PTSD je spojen s vyšší mírou růstu (např. Chopko, 2010; Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006; Hobfoll et al., 2008; Kehl, Knuth, Holubová, Hulse, & Schmidt, 2014; Krutiš, Mareš, & Ježek, 2010; Nishi, Matsuoka, & Kim, 2010), jiní naopak našli korelaci negativní, tj., vyšší růst byl spojen s nižším distresem (Ai, Cascio, Santangelo, & Evans-Campbell, 2005; Frazier, Conlon, & Glasser, 2001; Hall et al. 2008; McMillen, Smith, & Fischer, 1997; Settler, Boyd, & Kirsch, 2014). Linley a Joseph (2004) ve své revizi 39 vědeckých studií shrnují, že některé faktory spojené s posttraumatickým růstem korelují s posttraumatickou stresovou poruchou pozitivně, zatímco jiné negativně. Solomon a Dekel (2007) našli mezi PTSD a PTG jak lineární, tak kvadratický vztah, a dospěli k závěru, že posttraumatický stres a posttraumatický růst jsou dva oddělené, ale související důsledky traumatu - čili že PTSD nutně neznamená absenci psychického růstu a maturace, a naopak. I některé další, zejména novější studie, našly nelineární, resp. kurvilineární vztah ve tvaru obráceného U (inverted U shape) – což znamená, že nejvyšší růst byl pozorován při střední míře posttraumatického stresu (viz např. Kleim & Ehlers, 2009; Kehl, Knuth, Holubová, et al., 2014; McCaslin et al., 2009; Powel, Rosner, Buttolo, Tedeschi, & Calhoun, 2003). To Solomon a Dekel (2007) interpretují tak, že vzhledem k růstu existuje optimální úroveň traumatického stresu, tedy že je nutná určitá dávka stresu, aby k růstu vůbec došlo, ale od určité výše distresu je jedinec ochromený, což růstu naopak brání (viz také Butler et al., 2005; Mareš, 2012).

Kleim a Ehlers (2009) uvádí pro nalezený kurvilineární vztah mezi PTSD a PTG podobné vysvětlení a interpretují tímto mechanismem inkonsistenci výsledků napříč různými studiemi – záleží totiž, v jaké části křivky se zkoumaná populace nachází (viz. také Lechner, Antoni, & Carver, 2006). Dále je možno výše uvedenou inkonsistenci interpretovat tak, že: 1) Jak zdraví prospěšné, tak psychopatologické následky traumatu bývají v různých pracích definovány odlišně. Mezi ty prospěšné někteří autoři řadí posttraumatický růst, jiní používají koncept hledání přínosu, pozitivní přehodnocení a mnohé další. Mezi měřenými negativními dopady traumatu je možné nalézt např. posttraumatickou stresovou poruchu, akutní stresovou reakci, depresi, nebo prostě jen distres či stres atp.; 2) Některé studie zjišťují u participantů zároveň pozitivní i negativní následky traumatu, zatímco jiné práce se zaměřují na pouze pozitivní nebo pouze negativní důsledky. 3) Často jsou zkoumány odlišné druhy traumatických zážitků, jako např. teroristické útoky, válečné zážitky, znásilnění, rakovina, dopravní nehody aj., což je přirozeně obtížně porovnatelné (Solomon & Dekel, 2007). Nicméně i přes výše popsanou inkonsistenci lze v souladu se závěrem Kleima a Ehlerse (2009) konstatovat, že schopnost nalézat přínos a růst po prožité traumatické zkušenosti může přispět k následnému lepšímu přizpůsobení i zmírnění psychopatologie.

3.4 Měření posttraumatického růstu

Měření ve smyslu zachycení posttraumatického růstu může probíhat, podobně jako je tomu v případě zjišťování psychopatologie, dvojím způsobem – kvantitativně a kvalitativně, přičemž jako nejvýhodnější se jeví přístup kombinovaný.

Kvantitativní přístup, který využívá většina dosud publikovaných výzkumných studií, zahrnuje především sebesposuzovací dotazníkové metody. Těch existuje poměrně velké množství, přičemž mezi nejužívanější metody patří dle Mareše (2009) následujících 5 dotazníků: Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996), Stress-Related Growth Scale (Park, Cohen, & Murch, 1996), Benefit Finding Scale (Tomich & Helgeson, 2004), Change in Outlook Questionnaire (Joseph, Williams, & Yule, 1993) a Perceived Benefit Scale (McMillen & Fisher, 1998). Z těchto se zdají být, minimálně pro výzkumné

účely, nejhojněji využívanými dotazníky Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) a Stress-Related Growth Scale – které jsou rovněž jediné, jak uvádí Zoellnerová a Maercker (2006_a), validizované a standardizované. Dalším zajímavým příkladem kvantitativního přístupu byl výzkum Rabeho, Zöllnerové, Maerckera a Karla (2006; in Mareš, 2006), kteří se pokusili objektivizovat pozitivní posttraumatické změny neurologicky, prostřednictvím elektroencefalografu a dotazníku PTGI, a zjistili, že větší levostranná bazální prefrontální aktivace koresponduje s vyšším posttraumatickým růstem.

Kvalitativní přístup zkoumající posttraumatický růst často u dotazovaných podněcuje vyprávění o zároveň pozitivních i negativních důsledcích prožitého traumatu. Nejčastěji je využívána metoda interview, většinou formou otázek s otevřeným koncem, které jsou zaměřeny na zachycení přínosu či pozitivních změn v životě, k nimž došlo následkem prožití určité traumatické události (Zoellner & Maercker, 2006_a). Mezi další kvalitativní metody používané k zachycení posttraumatického růstu patří fokusové (ohniskové) skupiny, vyprávění a psaní o zážitcích a různé formy grafického znázornění, jako například čára života, krizová křivka apod. (Mareš, 2012). Jak přístup kvalitativní, tak i kvantitativní, mají z hlediska zkoumání, nejen v případě posttraumatického růstu, své výhody i nevýhody, avšak jejich ilustrace přesahuje rámce této práce. Nicméně vzhledem k obecně známým limitům obou přístupů je vhodné je používat v kombinaci.

3.5 Facilitace posttraumatického růstu

Dá se předpokládat, že posttraumatický růst byl součástí psychoterapie odjakživa, byť spíše nepřímo a pouze u některých klientů. Hlavní psychoterapeutické školy jako kognitivně-behaviorální psychoterapie či psychoanalýza, jakož i psychodynamické přístupy, jsou zaměřeny spíše na negativní aspekty lidské psychiky ve smyslu redukce psychopatologie a na pomoc k návratu na premorbibní úroveň fungování, což uznání pozitivního potenciálu (nejen) traumatických zkušeností příliš nepodněcuje. Přesto však během nich k určitému osobnostnímu růstu u klientů dochází, i když není přímým cílem terapeutických intervencí. Naproti tomu třetí významná psychoterapeutická škola - Rogersova na klienta orientovaná psychoterapie - s růstem pracuje, avšak růst je

v tomto pojetí vnímán spíše jako přirozený proces graduujících změn daných lidskou tendencí k sebeaktualizaci, nežli velký pozitivní posun zapříčiněný těžkým stresem jako je tomu u posttraumatického růstu. Dalším příkladem uznání lidského potenciálu k růstu je Franklova logoterapie předpokládající obecnou vůli ke smyslu. Poměrně blízko k tématice posttraumatického růstu má svým způsobem i existenciální terapie zabývající se existenciálními otázkami (Zoellner & Maercker, 2006_b). Přesto se v odborné literatuře téma přímé facilitace posttraumatického růstu zatím stále vyskytuje poměrně vzácně, zejména v kontextu psychoterapeutické praxe. Dobrou ilustraci této problematiky nabízí Mareš (2012; dle Calhouna a Tedeshiho, 1999), který možnosti intervence zaměřené na podporu posttraumatického růstu dělí na přístup obecný a specifický:

Obecný přístup se týká intervence po traumatu v širším pojetí a zahrnuje zpravidla následující aktivity: 1) desenzibilizaci - práci s úzkostí, napětím, hypervigilancí a vyhýbavým chováním, která je zaměřena na snížení přecitlivělosti jedince k traumatickému zážitku; 2) vyprávění, jehož cílem je pomoci jedinci uchopit prožitou událost jako celek; 3) navození pocitu bezpečí a jistoty prostřednictvím terapeutického vztahu, zapojení jedince do sítě mezilidských vztahů a práci na nových copingových strategiích; a 4) rekonstrukci pohledu na svět - pomoc s novým uspořádáním žebříčku hodnot a s nalezením důvodů, proč dál žít (Mareš, 2012). Tento přístup je zaměřen spíše na zpracování traumatického prožitku a redukci psychopatologie, tedy „klasickou“ práci s traumatem. Růst je zde sekundárním ziskem, není terapeutem přímo podněcován, přestože je k němu poskytnut prostor a dochází k němu druhotně.

Specifický přístup je, naproti tomu, přímo zacílený na usnadnění posttraumatického růstu, přičemž hlavní díl práce spočívá na klientovi, terapeut je zde o něco pasivnější než v případě obecného přístupu a slouží spíše jako facilitátor. Terapeut by měl nejprve zjistit klientův názor na svět, jeho hodnoty a přesvědčení, akceptovat eventuální pozitivní iluze (které mohou být, jak již bylo zmíněno, těsně po traumatickém zážitku protektivní), naslouchat a pomoci klientovi s kognitivním zpracováním traumatické události a vést ho k používání vhodných zvládacích strategií. V pozdější fázi, když je klient připraven uvažovat i o pozitivních aspektech traumatické zkušenosti a sám zmíní náznak změny, může

terapeut začít explicitně pojmenovávat prvky posttraumatického růstu a pracovat na nich (Mareš, 2012).

Z výzkumných prací věnovaných traumatu lze pro praxi, respektive psychoterapii traumatizovaných klientů, shrnout následující **doporučení**. Za samozřejmý lze považovat individuální přístup ke klientovi a respekt k jeho systému přesvědčení, osobnostním charakteristikám a zvládacím strategiím (Zoellner & Maercker, 2006_b). V terapii traumatu je dále důležitý úhel pohledu na osobu, která prošla traumatickou zkušeností – jak její vlastní, tak terapeutův – zda se klient nahlíží a je nahlížen jako oběť nebo přeživší. V případě role oběti je nesnadné aktivně se podílet na formování dalšího života – podobně, jako se jedinec cítil bezmocný z hlediska své možnosti ovlivnit/odvrátit traumatickou zkušenost, vnímá tak i svoji další budoucnost. Pozice přeživšího, naproti tomu, nabízí více možností kontroly nad vlastním životem, navzdory traumatickému zážitku (Bannink, 2008). K pravému pochopení reakcí vykazovaných jedinci po traumatu je nezbytné brát v potaz jak jejich potenciál pro negativní, tak pozitivní změny způsobené traumatickou zkušeností, které lze využít jako platformu pro psychoterapii (Linley & Joseph, 2004). Psychoterapie může umožnit identifikovat různé pozitivní aspekty traumatické zkušenosti, na nichž je možno v jejím průběhu pracovat. Například, v případě prisuzování smyslu traumatu by nemělo být cílem hledání odpovědi na otázku „Proč se to stalo?“, protože trauma jako takové smysl nemá; cílem by měl být pokus o zodpovězení otázky „K čemu to může být?“ (Zoellner & Maercker, 2006_a). Zpracování traumatického prožitku by však nemělo zůstat pouze na úrovni kognitivního zpracování události, měl by být podporován růst prostřednictvím akce (Hobfoll et al., 2007), přičemž terapeut by měl podporovat realistické změny v životě klienta, namísto naivní představy návratu k pretraumatické osobnosti. Terapeut by však měl k otázce posttraumatického růstu přistupovat opatrně, růst povzbuzovat a podporovat, ale vyvarovat se, aby v klientovi vzbudil dojem, že následkem své traumatické zkušenosti růst musí (Zoellner & Maercker, 2006_a) a pokud tomu tak není, jedná se o selhání (Zoellner & Maercker, 2006_b). V neposlední řadě je zde třeba zmínit, že pokud je cílem terapie usnadnění posttraumatického rozvoje spíše než minimalizace posttraumatické symptomatiky, je doporučena obezřetnost při používání psychofarmak (Mareš, 2012).

4. Záchranné složky

Poslední kapitola teoretické části stručně představuje integrovaný záchranný systém a jeho složky, přičemž bližší pozornost je věnována Hasičskému záchrannému sboru České republiky. Druhá polovina kapitoly je věnována výzkumu v oblasti posttraumatického stresu a růstu u hasičů a jiných příslušníků záchranných složek a zasahujících při mimořádných událostech; poskytuje přehled prevalence zmíněných posttraumatických stavů a souvisejících obtíží a ilustruje faktory, které zmíněné posttraumatické stavy ovlivňují.

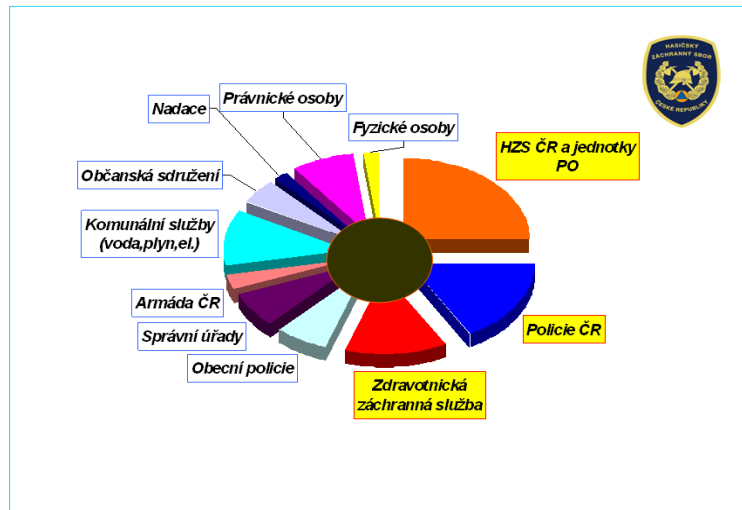
4.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (IZS), jehož základy byly položeny v roce 1993, vznikl z potřeby každodenní spolupráce hasičů, zdravotníků, policistů a dalších složek při zdolávání mimořádných událostí tak, aby byla dosažena rychlá a účinná záchrana osob, jejich zdraví či majetku nebo likvidace události (HZS ČR, 2009). Integrovaným záchranným systémem se rozumí koordinovaný postup základních, případně i ostatních složek IZS, při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací, včetně řízení jejich součinnosti dle zákona č.239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů (MV ČR, n.d.). Integrovaný záchranný systém je tedy systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, popř. fyzických a právnických osob (HZS ČR, 2009), a využívá se v případech, kdy je třeba provádět záchranné a likvidační práce se současným zapojením dvou a více složek IZS (zákon č. 239/2000 Sb.).

Integrovaný záchranný systém sestává ze složek základních a ostatních (viz obrázek 3 níže). Mezi **základní složky** IZS patří Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR) a ostatní jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, poskytovatelé zdravotnické záchranné služby (ZZS) a Policie České republiky (PČR. Posláním Hasičského záchranného sboru České republiky i ostatních jednotek požární ochrany zařazených do plošného pokrytí kraje je ochrana života, zdraví a majetku obyvatel před požáry, a poskytování pomoci při mimořádných událostech (HZS ČR, n.d.b). Hasičský záchranný sbor České republiky je vzhledem k zaměření této práce

podrobněji popsán samostatně níže. Zdravotnickou záchrannou službou se rozumí poskytovatel ZZS, který je příspěvkovou organizací zřízenou krajem, přičemž v rámci každého kraje České republiky je většinou zdravotnická záchranná služba zastoupena jedním poskytovatelem. Jedná se o zdravotnickou službu, která na základě tísňové výzvy provádí především přednemocniční neodkladnou péči osobám se závažným postižením zdraví či v přímém ohrožení života, a to přímo na místě události a během přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. Poskytovatel ZZS vždy sestává z ředitelství, zdravotnického operačního střediska, výjezdových základen s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti a vzdělávacího a výcvikového střediska (zákon č. 374/2011 Sb.). Policie České republiky je ozbrojený bezpečnostní sbor zřízený zákonem České národní rady ze dne 21. června 1991, jehož hlavním úkolem je ochrana bezpečnosti osob, majetku a veřejného pořádku a předcházení trestné činnosti. PČR je jednotný sbor podřízený Ministerstvu vnitra zahrnující policejní prezidium, útvary s celostátní působností, krajská ředitelství policie dle 14 územních obvodů České republiky a útvary zřízené v rámci krajských ředitelství (PČR, n.d.a).

Mezi **ostatní složky** integrovaného záchranného systému se řadí vyčleněné síly a prostředky ozbrojených sil, obecní policie, orgány ochrany veřejného zdraví, zařízení civilní ochrany, neziskové organizace a sdružení občanů, které lze využít k záchranným a likvidačním pracím, dále havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby (HZS ČR, 2009). Zatímco základní složky IZS jsou v permanentní pohotovosti pro řešení mimořádných událostí, od příjmu ohlášení, vyhodnocení postupů a neodkladného zásahu v místě mimořádné události, ostatní složky integrovaného záchranného systému poskytují plánovanou pomoc při likvidačních a záchranných pracích na vyžádání. V době krizových stavů se ostatními složkami IZS stávají rovněž poskytovatelé akutní lůžkové péče s možností urgentního příjmu (zákon č. 239/2000 Sb.).



Obrázek 3. Složky integrovaného záchranného systému dle odboru IZS MV GR HZS (Skalská, Hanuška, & Dubský, 2010)

Hlavním **koordinátorem** integrovaného záchranného systému je Hasičský záchranný sbor České republiky. Při zásahu, kde je přítomno více složek IZS, je tedy na místě události ve většině případů velitelem a koordinátorem zásahu hasič (HZS ČR, 2009), případně starosta obce s rozšířenou působností či hejtmán kraje, v Praze primátor (pozn.: pokud tomu odpovídá charakter mimořádné události). Za nouzového stavu, při ohrožení státu nebo v případě válečného konfliktu však složky IZS podléhají velení Ministerstva vnitra (zákon č. 239/2000 Sb.). Jednotlivé prostředky a síly integrovaného záchranného systému jsou do konkrétních potřebných lokalit povolávány operačním a informačním střediskem IZS, tedy většinou operačním a informačním střediskem HZS ČR, přičemž na strategické úrovni je IZS koordinován krizovými orgány krajů a Ministerstva vnitra (HZS ČR, 2009). Pro dorozumívání při přípravě na mimořádnou událost i při provádění záchranných a likvidačních prací využívají složky IZS tzv. krizovou komunikaci. Za krizovou komunikací je pokládán přenos informací mezi složkami IZS a orgány státní správy a územními samosprávami prostřednictvím prostředků hlasového a datového přenosu informací veřejné telekomunikační sítě, jakož i vybrané části neveřejných telekomunikačních sítí (zákon č. 239/2000 Sb.).

4.2 Hasičský záchranný sbor České republiky

Hasičský záchranný sbor České republiky, jak již bylo popsáno výše, je součástí a povětšinou hlavním koordinátorem integrovaného záchranného systému. HZS ČR je seskupením rozpočtových organizací, které dle organizačního schématu sestávají z Generálního ředitelství HZS ČR (GŘ HZS ČR), jenž je součástí Ministerstva vnitra, čtrnácti hasičských záchranných sborů kraje dle územních obvodů České republiky a Střední odborné školy požární ochrany a Vyšší odborné školy požární ochrany ve Frýdku-Místku (HZS ČR, n.d.b).

4.2.1 Základní informace

Příslušníci hasičských záchranných sborů, spolu s požární technikou a věcnými prostředky tvoří organizovaný systém, tzv. **jednotky požární ochrany** (JPO). Mezi JPO zařazené do plošného pokrytí kraje patří jak profesionální hasičské záchranné sbory kraje a profesionální jednotky hasičských záchranných sborů podniků, tak jednotky sborů dobrovolných hasičů obcí a jednotky sborů dobrovolných hasičů podniků (zákon č.133/1985 Sb.). JPO jsou podle svých operačních vlastností - územní působnosti (místní působnost vs. působnost přesahující katastrální území obce) a rychlosti výjezdu (doba dojezdu na místo zásahu do 7, 10, 15, 20 nebo 25 minut) rozděleny do šesti kategorií, JPO I – JPO VI. Plošné pokrytí přitom vychází z vymezení stupně a kategorie nebezpečí vzniku požáru či jiných mimořádných událostí v jednotlivých katastrálních územích (Hanuška, 2006).

K **poslání** a základním úkolům jednotek požární ochrany patří ochrana života, zdraví a majetku obyvatel před požáry a poskytování účinné pomoci při mimořádných událostech jako jsou například živelní pohromy, průmyslové havárie či teroristické útoky, nebo technické zásahy u dopravních nehod. Zatímco v minulosti byla hlavním úkolem příslušníků hasičských záchranných sborů kraje požární ochrana, jejich působnost se postupně rozšiřovala ve prospěch preventivních a záchranných činností při mimořádných událostech a technických zásahů, jako například vyprošťování osob při dopravních nehodách, a v roce 2001 byla navíc rozšířena o problematiku krizového řízení, civilního nouzového

plánování, ochrany obyvatelstva a koordinaci integrovaného záchranného systému (HZS ČR, n.d._b).

Paleta činností profesionálních hasičů v krajské jednotce HZS ČR je tedy poměrně široká a je organizována formou služebního poměru. **Výkon profese** probíhá buďto v organizačním nebo operačním řízení. Organizační řízení zahrnuje činnosti související zejména s udržováním a zvyšováním odborné a fyzické způsobilosti hasičů, kam patří školení a výcviky, údržbu požární techniky a dalších prostředků požární ochrany. Operační řízení se týká výjezdů k zásahům, od přijetí zprávy o události, výjezdu na místo určení, provádění záchranných a likvidačních prací, až po návrat sil a prostředků zpět na stanici. Příslušníci HZS ČR slouží formou směnného provozu s dvousměnným nebo třisměnným režimem služby (tzn. 24h směna, 48h mezisměnové volno), přičemž se vzájemně střídají ve dvou nebo třech směnách v rámci 24 hodin po sobě následujících. Směna se dělí na výkon služby (16h) a nařízenou pohotovost (8h) v místě výkonu služby, a službu vykonávají vždy příslušníci určení pro vlastní zásahovou neboli výjezdovou činnost, příslušníci pro obsluhu operačních a informačních středisek a záložní směna zabezpečující chod jednotky a činnost podpůrných speciálních služeb (HZS ČR, n.d._c).

Způsob organizace práce profesionálních hasičů, jak lze implikovat z výše popsaného, klade vysoké nároky na psychickou odolnost i fyzickou zdatnost, a z mnoha níže popsaných důvodů ji lze považovat za **stresující**. Již samotná práce na směny, nota bene ve 24 hodinových směnách, je zatěžující. Stejně tak je náročný pohotovostní režim s nutností okamžité připravenosti k výjezdu. Po vyhlášení poplachu operačním střediskem mají navíc hasiči jen omezené množství informací ohledně události, ke které vyjíždějí. Informace o druhu zásahu, charakteristice místa události, rozsahu škod, počtu a stavu zasažených osob, přítomnosti dalších složek integrovaného záchranného systému apod., bývají upřesňovány až během cesty na místo určení. Neopomenutelným zdrojem psychické zátěže jsou pak samotné zásahy. Hasiči při nich pracují v časové tísní, často v nepřehledném a náročném prostředí, charakterizovaném omezenou viditelností a hlukem, jsou často svědky závažných zranění či smrti druhých osob, včetně malých dětí či kolegů, v rámci jejichž záchrany se navíc dostávají do ohrožení vlastního života či závažného zranění, a jsou tak nezřídka vystaveni

potenciálně traumatizujícím zážitkům. Mezi zátěžové faktory, o kterých ve výzkumném šetření Chaloupky, Pelcáka a Hlúbika (1998) referovali samotní hasiči-záchranáři, patřily: pravděpodobnost poškození zdraví následkem úrazu či intoxikací zplodinami hoření a škodlivinami, pracovní režim, život v polovojensky organizované skupině s nutností podřizovat se, nutnost adekvátního hodnocení situace a rozhodování při zásahu, působení možných nepředvídatelných situačních faktorů - strach z neznáma, prožívaná spoluzodpovědnost za životy obětí nehod a vědomí ohrožení vlastního života či blízkých osob, střet s utrpením a smrtí připomínající vlastní smrtelnost a emoční náročnost zásahu umocněná specifikou hromadného chování větších skupin obětí.

Vzhledem k vysokým nárokům na psychickou i fyzickou odolnost procházejí hasiči nejen náročnou fyzickou a technickou přípravou, ale v první řadě jsou do svých funkcí pečlivě vybíráni, a to jak na úrovni uchazečů – žadatelů o přijetí do služebního poměru, tak na úrovni již zařazených příslušníků – hasičů ve specializovaných funkcích, jako je např. hasič-strojník, velitel směny, velitel stanice, operační důstojník aj.. Je posuzován zdravotní stav, fyzická zdatnost a osobnostní způsobilost. Pro **posuzování osobnostní způsobilosti** byla vybudována čtyři specializovaná pracoviště - v Praze, Olomouci, Hradci Králové a Českých Budějovicích, tzv. psychologické laboratoře, které jsou standardizovány z hlediska vybavení i chodu. Posuzování osobnostní způsobilosti provádějí psychologové daného bezpečnostního sboru podle stanovené metodiky – tzv. Metodické příručky ke zjišťování osobnostní způsobilosti pro výkon služby u Hasičského záchranného sboru České republiky, která vznikla pro tzv. první pilíř psychologické služby HZS ČR – zajišťování podkladů pro personální práci. Metodická příručka přesně vymezuje podmínky psychologického vyšetření: aktualizuje a standardizuje psychodiagnostické metody, kritéria pro jednotlivé funkce a pracovní pozice, profily funkcí, které vycházejí z funkční analýzy, i normy pro přístrojové metody. Příručka dále popisuje a standardizuje způsob interpretace výsledků, dokumentaci psychologického vyšetření a osobního spisu i materiální vybavení a chod laboratoří psychologických pracovišť. Psychodiagnostické vyšetření trvá zhruba 6 hodin a sestává z výkonových metod zaměřených na koncentraci a distribuci pozornosti, intelekt a výkon v zátěži, anamnestického dotazníku, osobnostních dotazníků a strukturovaného rozhovoru s psychologem, což jsou tzv. obligatorní metody, jež mohou být v případě potřeby

navíc doplněny některou z volitelných projektivních technik. Výsledkem psychologického vyšetření je komplexní osobnostní profil uchazeče s vyjádřením ohledně jeho osobnostní způsobilosti či nezpůsobilosti k přijetí do služebního poměru nebo výkonu dané specializované funkce. Posuzování osobnostní způsobilosti uchazečů a příslušníků HZS ČR je jednou z mnoha činností psychologické služby, o které je podrobněji pojednáno níže.

4.2.2 Psychologická služba

Psychologická služba Hasičského záchranného sboru České republiky byla oficiálně zřízena k 1.1.2003 na podnět hlavního psychologa HZS ČR, plk. PhDr. Marie Sotolářové, na základě Koncepce psychologické služby HZS ČR schválené generálním ředitelem HZS ČR a ministrem vnitra (HZS JK, n.d.). Psychologická služba vznikla jako odpověď na změny poměru a závažnosti zásahů a s tím spojených zvyšujících se nároků na psychickou odolnost hasičů (Malík, 2007). Psychologická pracoviště, kde aktuálně působí celkem 18 psychologů a 5 asistentů psychologa, jsou rozmístěna na jednotlivých krajských stanicích HZS ČR a na Ministerstvu vnitra v rámci Generálního ředitelství HZS ČR. Psychologická služba HZS ČR je postavena na třech pilířích neboli třech oblastech působnosti, které jsou mezi sebou vzájemně provázány (HZS ČR, 2012):

Náplní **prvního pilíře** psychologické služby HZS ČR je tvorba podkladů pro personální práci a výkon služby. Tato oblast zahrnuje výše popsaná psychodiagnostická vyšetření osobnostní způsobilosti uchazečů do služebního poměru HZS ČR a psychodiagnostická vyšetření příslušníků HZS ČR při výběru do specializovaných funkcí, např. v rámci kariérního postupu (HZS JK, n.d)

Druhým pilířem je péče o příslušníky a zaměstnance HZS ČR. Tato péče zahrnuje posttraumatickou intervenční péči (PIP) - poskytování psychosociální krizové pomoci, která je nabízena především hasičům po zvláště náročných zásazích za účelem snížení psychického napětí z kritické události v rámci prevence posttraumatických poruch (HZS JK, n.d.). PIP je poskytována nejen psychology HZS ČR, ale rovněž vyškolenými členy týmu posttraumatické péče z řad hasičů, tzv. peery, kteří procházejí výcvikem v critical incident stress management (podrobněji viz následující oddíl) a odbornou přípravou

v poskytování první psychologické pomoci, jejímž cílem je stabilizace duševního stavu zasaženého, zajištění jeho bazálních potřeb a případné předání do další specializované péče. PIP je kromě hasičů nabízena rovněž obětem mimořádných událostí (HZS ČR, 2012), a je založena na důvěrnosti - poskytovatel intervence je vázán etickým kodexem (HZS JK, n.d.). (Pozn.: posttraumatická intervenční péče u záchranářů je podrobně rozpracována v bakalářské práci Hubové, 2007, a v diplomové práci Sperlingové, 2013). Doplnkovou službou pro pomoc ve stavu psychické nouze je rezortní linka důvěry – tzv. Anonymní linka pomoci v krizi - s nepřetržitým provozem při Policejním prezidiu České republiky (HZS ČR, n.d.d). Tato krizová linka je určena pro příslušníky a zaměstnance HZS ČR, PČR, Celní správy ČR, Vězeňské služby ČR, Armády ČR a Generální inspekce bezpečnostních sborů a jejich rodinné příslušníky, nikoli pro veřejnost (PČR, n.d.b). Dále je pro příslušníky a zaměstnance HZS ČR i jejich rodinné příslušníky k dispozici psychologické poradenství v oblasti pracovních, osobních, vztahových či jiných problémů. Součástí druhého pilíře je rovněž odborná příprava příslušníků a zaměstnanců HZS ČR formou kurzů zaměřených na zvyšování sociální kompetence řídicích i výkonných příslušníků a zaměstnanců HZS, odborná příprava zaměřená na zvyšování odolnosti vůči stresu a poskytování první psychologické pomoci obětem mimořádných událostí a lektorská činnost v rámci Odborného učiliště požární ochrany v Brně. V neposlední řadě je náplní druhého pilíře sociálně psychologická podpora jednotlivých pracovišť HZS kraje, např. formou podpory dobrých pracovních vztahů, ale též výzkum sociálního klimatu pracovišť a expertní činnost (HZS JK, n.d.).

Třetím pilířem psychologické služby HZS ČR je péče o zasažené – oběti mimořádných událostí a jejich rodinné příslušníky. Ta je na vyžádání velitele zásahu poskytována psychologem či členem týmu posttraumatické péče. Psycholog je většinou povoláván k událostem, kde se vyskytují osoby s nižší psychickou odolností, mentálním, smyslovým či tělesným postižením nebo ke komplikovaným dlouhotrvajícím zásahům. V rámci psychosociální pomoci obětem mimořádných událostí je rovněž využívána spolupráce s ostatními složkami integrovaného záchranného systému, zejména panelu neziskových organizací, kam patří např. Česká katolická charita, ADRA (Adventist development and relief agency), Český červený kříž aj. (HZS JK, n.d.).

4.2.3 Critical incident stress management

Critical incident stress management (CISM) neboli systém řízení a zvládání krizových / mimořádně náročných událostí je komplexní, integrovaný a systematický program krizové intervence, který byl vyvinut pro zvládání traumatických zkušeností v rámci organizací a komunit, původně pro profesionální záchranáře a vojáky v průběhu 80. let minulého století. CISM není formou psychoterapie a neslouží k léčbě psychických poruch. Je spíše souborem podpůrných služeb lidem, kteří v důsledku prožitého traumatu vykazují silnou, avšak normální, reakci – jinými slovy, CISM je psychologickou první pomocí. Je to „balíček“ taktik krizové intervence, které jsou strategicky integrovány a uspořádány tak, aby pomáhaly snížit negativní dopad traumatických zkušeností, facilitovat přirozenou úzdravu u „normálních“ lidí, a obnovit tak adaptivní fungování jedinců, skupin a organizací, případně identifikovat v rámci organizací a komunit jedince, kteří by mohli profitovat z další podpůrné péče. CISM je založen na 4 základních propojených pilířích, jimiž jsou: krizová intervence, skupinová psychoterapie, komunitní psychologie a kolegiální podpora (peer support). Mezi hlavní komponenty CISM patří především předkrizová příprava, strategické plánování, edukace, výcvik, krizové hodnocení, individuální a skupinové krizové intervence, jako například defusing a debriefing, intervence pro větší skupiny - např. demobilizace, krizová intervence, ale též zázemí pro personál, podpora pro rodinné příslušníky, pastorační krizová intervence, zprostředkování další péče, následné hodnocení a edukace, aj. (Mitchell, n.d.). Program CISM byl v České republice zaveden v rámci projektu European Union Phare Twinning Project (CZ 98/IB/JH/02) řešeném v letech 1999-2001 a funguje u všech základních složek IZS, tedy kromě hasičů i u zdravotníků záchranné služby a policistů, dále také u řídicích letového provozu. Prostřednictvím CISM pak byla u hasičů zavedena posttraumatická péče, dle Pokynu generálního ředitele HZS ČR a náměstka ministerstva vnitra ke zřízení posttraumatické intervenční péče (viz příloha 1). Vedle řadových hasičů jsou v CISM vzděláváni i vedoucí a manažeři HZS ČR. CISM spadá ponejvíce do druhého pilíře psychologické služby v rámci HZS, avšak prosakuje i do třetího, respektive je jim jako ucelený systém nadřazen.

4.3 Výzkum v oblasti posttraumatických stavů u profesionálních záchranářů

Studií zaměřených na negativní následky těžkého stresu a traumatu je u hasičů a dalších příslušníků záchranných složek poměrně mnoho, a jejich počet neustále narůstá. Roste i počet prací orientovaných na pozitivní dopady traumatických zkušeností profesionálních záchranářů, avšak těch je zatím, zejména s ohledem na hasiče, výrazně méně. Následuje přehled prevalence zmíněných posttraumatických stavů a souvisejících obtíží, spolu s faktory, které je u příslušníků záchranných složek ovlivňují.

4.3.1 Stres a trauma

Výzkum v oblasti posttraumatického stresu u profesionálních záchranářů je převážně orientován na konkrétní mimořádné události, většinou velkého rozsahu, jakým byl např. teroristický útok na World Trade Center 11. září 2001 v USA. Studií zaměřených na náročnost a dopady těchto rizikových profesí per se je zatím podstatně méně. Prevalence posttraumatické symptomatiky u zasahujících se napříč studii různí, což lze přisuzovat především rozdílné metodologii jednotlivých výzkumných týmů (Pozn.: Ta je podrobněji rozpracována v Diskuzi).

Prevalence posttraumatických symptomů u hasičů po konkrétních mimořádných událostech velkého rozsahu se pohybuje zhruba v rozmezí 5% až 22%, přičemž vyšší prevalence posttraumatické stresové poruchy byla sledována po živelních pohromách oproti jiným mimořádným událostem. Například po bombovém útoku v Oklahomě byla PTSD diagnostikována u 13% hasičů (North et al., 2002) a po útoku na World Trade Center (WTC) zhruba u 10% hasičů, s tendencí k nárůstu posttraumatické symptomatiky v čase - v prvním roce po útoku na WTC vykazovalo symptomy PTSD 9,8% hasičů, zatímco ve čtvrtém roce to bylo 10,6% (Berninger et al., 2010). Studie zaměřená na hasiče a policisty téměř 9 let po letecké katastrofě v Amsterdamu naopak uvádí nižší prevalenci – kritéria PTSD byla zjištěna pouze u 4,6% hasičů (Slottje et al., 2008). Rozšířenost PTSD u hasičů zasahujících po živelních pohromách velkého rozsahu je v některých studiích téměř dvojnásobná. Například po hurikánu Katrina vykazovalo symptomy PTSD 22% hasičů („Health hazard“, 2006) a po zemětřesení v Číně 21,7% hasičů (Chang et al. 2008). Naopak po Carmelském

požáru byla PTSD zjištěna u 12,3% izraelských hasičů (Leykin, Lahad, & Bonneh, 2013). Prevalence posttraumatických symptomů vzhledem k běžné pracovní zátěži hasičů je obdobná jako je tomu u zásahů mimořádného charakteru, přičemž rozpětí je opět poměrně široké – např. autoři Regehr, Hemsworth a Hill (2001) referují PTSD u 7% hasičů, Chen a kolegové (2007) u 10,5% hasičů, zatímco Wagner, Heinrichs a Ehlert (1998) našli PTSD dokonce u 18,2% hasičů. Naproti tomu, Lalié, Bukmir a Ferhatovic (2007) se na základě své studie domnívají, že hasiči netrpí negativními účinky stresu. V podstatě k obdobnému zjištění došla i česká studie Sperlingové (2013) na souboru hasičů z Přerova, z nichž pouze 2% referovala vysokou míru stresu, 49% střední míru stresu a 49% minimální míru stresu.

Kromě posttraumatické symptomatiky četné studie **u hasičů** dokladují rovněž **další obtíže**. Mezi ně patří především nadužívání alkoholu sledované u 53,6% hasičů (Chen et al., 2007) až závislost na alkoholu zjištěná u 25% příslušníků (North et al., 2002). Poměrně častá byla rovněž porucha nálady ve formě deprese, která byla zachycena u 3% (Regehr et al, 2001) až 27% hasičů („Health hazard“, 2006). Dále bylo sledováno zejména stabilně zhoršené fungování v rodině (15,5%) a zaměstnání (9,1%) (Berninger et al., 2010), popř. nižší spokojenost v těchto oblastech (North et al., 2002). U dosti vysokého počtu hasičů byly referovány nevysvětlitelné somatické symptomy, které byly uváděny v 18% (Slotje et al., 2008) až 28% případů („Health hazard“, 2006). U českých hasičů byly ze zdravotních komplikací nejčastěji vysledovány poruchy metabolismu, problémy s nadváhou, nikotinismus, zvýšený krevní tlak a narušení jaterních funkcí (Chaloupka, Hlúbik, Opltová, Pelcák, & Zetocha, 1999).

Na vznik a průběh posttraumatických symptomů, případně příznaků dalších psychických poruch, má vliv poměrně mnoho **faktorů**. Počet let ve službě, stejně jako počet stresujících operací během posledních pár měsíců se ukázaly u hasičů jako významné prediktory výskytu symptomů PTSD (Settler, Boyd, & Kirsch, 2014; Wagner, Heinrichs, & Ehlert 1998) i depresivní symptomatiky (Regehr et al, 2001), což lze interpretovat tak, že dokud jsou hasiči ve službě, jsou konstantně vystavováni podnětům spojeným s traumatem (Wagner et al., 1998). Co se týče vlivu doby uplynulé od traumatizující události na symptomy PTSD, některé studie našly negativní vztah, tzn. nedávno

traumatizovaní hasiči vykazovali oproti kolegům s časově vzdálenějšími traumaty vyšší míru symptomů PTSD (např. Kehl, Knuth, Holubová et al., 2014), jiné studie naopak referovaly o opačném trendu (např. Berninger et al., 2010), případně nenalezly mezi vzdáleností traumatické události v čase a aktuální mírou symptomů PTSD či deprese žádnou souvislost (např. Regehr, 2001). Mezi hlavní rizikové faktory rozvoje PTSD i dalších psychických poruch po traumatu patřil především nedostatek adekvátních copingových strategií (Wagner et al., 1998; North et al., 2002) či jejich nízká flexibilita (Wray, 2015), maladaptivní posuzování negativních událostí (Bryant & Guthrie, 2005), zhoršené fungování v rodině a v zaměstnání, úmrtí kolegy ze stanice, vedoucí role a s ní spojená zodpovědnost (Berninger et al., 2010), syndrom vyhoření (Settler et al., 2014) a v neposlední řadě opakované vystavování potenciálně traumatizujícím událostem (Wagner et al., 1998; „Injuries and illnesses“, 2002). Protektivně naopak působila sociální opora, jak ve formě podpory od rodiny a přátel (Berninger et al., 2010; Regehr et al., 2001), tak prostřednictvím dobrých vztahů s kolegy a nadřízenými na pracovišti a debriefing po události (North et al., 2002; Settler et al., 2014).

Prevalence posttraumatických symptomů u dalších profesionálních záchranářů a jiných profesí po zásazích u konkrétních mimořádných událostí velkého rozsahu je podobná jako u hasičů, pohybuje se zhruba v rozmezí 6% až 20%. Ze záchranářů, kdy nejčastěji jsou v souborech zahrnuti hasiči, policisté a zdravotníci bez rozlišení příslušné složky, po útoku na World Trade Center (WTC) splňovalo kritéria PTSD 19,7% (Bills et al., 2009), přičemž mnoho dalších naplnilo pouze některá kritéria poruchy - zejména znovuprožívání a zvýšenou dráždivost, a referovali je ještě 5 let po události (Stellman et al., 2008). U pracovníků úklidových jednotek provádějících likvidační a úklidové práce ve WTC byla PTSD sledována rok po události u 13,5% osob (Stellman et al., 2008), po 4 letech u 8,4% (Cukor et al., 2011), po 5 letech u 9,7% (Stellman et al., 2008) a 6 let po traumatu u 5,8% osob (Cukor et al., 2011). U policistů po hurikánu Katrina byla PTSD zjištěna v 19% případů („Health hazard“, 2006). Srovnávací studie záchranářů a vojáků pomáhajících při zemětřesení v Turecku našla více symptomů PTSD u záchranářů (Cetin et al., 2005). Studií prevalence posttraumatických symptomů u záchranářů vzhledem k běžné pracovní zátěži je poskrovnu. Např. studie polské autorky Oginske-Bulik (2013) zaměřená na hasiče, policisty a zdravotníky, kteří prožili trauma spojené s výkonem své

profese, zachytila střední míru symptomů PTSD u 61% příslušníků (pozn.: ze studie však není příliš jasné, co tato střední míra klinicky znamená). Pro srovnání – prevalence PTSD u vojáků po návratu ze zahraničních misí se pohybovala v rozmezí 6% – 11% u českých vojáků (nejvýše pro Afgánistán) (Klose, 2009) a okolo 11% u amerických veteránů z Afgánistánu (Stellman et al., 2008).

Podobně jako u hasičů byly vedle posttraumatického stresu v souvislosti s traumatickými pracovními zkušenostmi sledovány **u záchranářů i další obtíže**. Polovina osob potenciálně trpících PTSD splňovala kritéria pro další duševní poruchu (Stellman et al., 2008). Nejčastěji byla zjištěna deprese, kterou vykazovalo 5,6% (Bills et al., 2009), 8,8% (Stellman et al., 2008) až 26% příslušníků („Health hazard“, 2006). Závislost na alkoholu byla diagnostikována u 9,4% osob (Bills et al., 2009). Zaznamenána byla i komorbidní panická porucha, kterou trpělo 5% záchranářů (Stellman et al., 2008). Téměř čtvrtina (22,5%) záchranářů navíc vykazovala různé somatické symptomy (Bills et al., 2009). Dále byly záchranáři referovány nespecifikované obtíže v emočním prožívání (22,5%), problémy v pracovním fungování (13,5%), v rodinném životě (12,9%) či v sociální oblasti (15,3%) (Bills et al., 2009).

Z hlediska **faktorů**, které ovlivňují vznik symptomů a průběh posttraumatické stresové poruchy, jakož i dalších přidružených obtíží, se jako významná ukázala především výše peritraumatického distresu, která výrazně ovlivňovala závažnost PTSD (Thomas, Saumier, & Brunet, 2012). Důležitá byla v tomto ohledu i míra expozice události na místě (Cukor et al., 2011) a peritraumatická disociace (Alvarez & Hunt, 2005). Riziko rozvoje posttraumatické poruchy zvyšovala předchozí traumatická historie (Cukor et al., 2011) a jiné následné potenciálně traumatizující události (Schaefer et al., 2007). Mezi další rizikové faktory patřily ztráta člena rodiny či přítele (Stellman et al., 2008), syndrom vyhoření (Argentero & Setti, 2011), nižší míra praktických profesních zkušeností a dovedností (Creamer & Liddle, 2005), narušení rodinného života či pracovního fungování (Stellman et al., 2008) a identifikace s oběťmi, která je jak rizikovým faktorem, tak mechanismem, prostřednictvím kterého vystavení se smrti může vést k psychickým poruchám u záchranářů (Cetin et al., 2005). Jako protektivní se také ukázaly sociální opora blízkých osob (Hagh-Shenas, Goodarzi, Dehbozorgi, & Farashbandi, 2005) i kolegů a nadřízených

(Argentero & Setti, 2011; Oginska-Bulik, 2013) a spokojenost v zaměstnání (Argentero & Setti, 2011) a v rodinném životě (Alvarez & Hunt, 2005). Dále vhodné copingové strategie (Hagh-Shenas et al., 2005) a profesní výcvik a s ním spojená připravenost a odolnost (Alvarez & Hunt, 2005). Pohlaví se nejevilo ve vztahu k symptomům PTSD signifikantní (Creamer & Liddle, 2005; Stellman et al., 2008), což platilo i pro ostatní základní sociodemografické charakteristiky (Argentero & Setti, 2011).

4.3.2 Posttraumatický růst

Studii posttraumatického růstu je u příslušníků záchranných sborů ve srovnání s výzkumy orientovanými na posttraumatickou symptomatiku - ve smyslu psychopatologie - podstatně méně, zejména zaměřených přímo na hasiče. Nejčastější jsou studie zacíleny na záchranáře obecně a vojáky. Vzhledem k této skutečnosti není následující přehled rozšířenosti posttraumatického růstu a souvisejících faktorů zpracován odděleně pro hasiče a příslušníky dalších záchranných složek, jako tomu bylo v předchozím subkapitole. Pro lepší ilustraci jsou zahrnuty i studie vojáků – zdravotníků i bojovníků účastnících se zahraničních misí a válečných veteránů, popřípadě terapeutů, kterým začíná být v rámci sekundární traumatizace profesního charakteru rovněž věnována výzkumná pozornost.

Rozšířenost posttraumatického růstu u hasičů není zatím uspokojivě zmapována ani v zahraničí. Většina prací orientovaných na posttraumatický růst pojednává buď o teoretických koncepcích, nebo o vztahu posttraumatického růstu s distresem či posttraumatickou stresovou poruchou, spolu s faktory, které s výší posttraumatického růstu souvisejí. Posttraumatický růst u hasičů je podrobně rozpracován v diplomové práci Ďurčkové (2013), která u souboru středočeských hasičů našla malou míru posttraumatického růstu v souvislosti se subjektivně nejvíce stresující pracovní událostí. Podobné výsledky referovala Melerski (in Leykin, Lahad, & Bonne, 2013) ve své studii u záchranářů po útoku na World Trade Center, která vysledovala alespoň minimální posttraumatický růst u 87% souboru tvořeného hasiči, policisty a zdravotníky. Studie polských hasičů, policistů a zdravotníků nabízí ještě optimističtější výsledky - 25,8% záchranářů referovalo vysokou míru posttraumatického růstu, 34,5% střední a 40% nízkou

míru vzhledem k pracovním traumatům (Oginska-Bulik, 2013). Relativně podobné hodnoty byly zjištěny ve studii záchranářů zdravotnické záchranné služby, kdy 24% osob uvedlo výrazně pozitivní změny, 52% střední pozitivní změny a 24% referovalo malé změny, přičemž ti, kteří zažili trauma v profesním i v osobním životě vykazovali významně vyšší posttraumatický růst ve srovnání s kolegy, kteří zažili „pouze“ trauma spojené s výkonem své profese (Shakespeare-Finch, Smith, Gow, Embelton, & Baird, 2003). Vojenští zdravotníci Armády České republiky vykazovali mírně vyšší posttraumatický růst než příslušníci bojových jednotek z týchž misí (Krutiš et al., 2010). Střední míra posttraumatického růstu byla vzhledem k sekundární traumatizaci související s profesí sledována i u terapeutů (Brockhouse, Msetfi, Cohen, & Joseph, 2011).

Mezi **faktory** pozitivně souvisejícími s posttraumatickým růstem je v literatuře opakovaně zmiňována délka služby a s ní spojené profesní zkušenosti, přičemž vyšší růst byl sledován u zkušenějších hasičů (Ďurčková, 2013), zdravotnických záchranářů (Shakespeare-Finch et al., 2003) i vojáků (Gallaway, Millikan, & Bell, 2011) oproti méně zkušeným kolegům. Nepřekvapivě i vyšší věk byl spojen s vyšším posttraumatickým růstem (Brockhouse et al., 2011; Ďurčková, 2013), což se však do jisté míry překrývá s délkou služby. Nicméně, studie Mareše, Krutiše a Ježka (2010) u českých vojáků - zdravotníků a bojovníků účastnících se zahraničních operací vztah mezi délkou služby a věkem nenalezla. Silným prediktorem růstu však u válečných veteránů byla etnicita, přičemž vyšší posttraumatický růst byl sledován u vojáků europoidní rasy oproti afroamerickým, hispánským a asijským kolegům (Gallaway et al., 2011). Signifikantní pozitivní vliv mělo i pozitivní pracovní klima, flexibilní a konzultační managerský styl a podpora nadřízených (Paton, 2006) i sociální podpora ostatních záchranářů (Ďurčková, 2013; Oginska-Bulik, 2013; Paton, 2006). U terapeutů podporovala posttraumatický růst supervize (Brockhouse et al., 2011). Mezi další faktory, které s posttraumatickým růstem souvisely pozitivně a byly interpretovány jako růst-facilitující, patřila např. spiritualita (Oginska-Bulik, 2013), schopnost přisuzovat traumatickým zážitkům význam (Gallaway et al., 2011; Chopko, 2010; Paton, 2006), copingová strategie zaměřená na emoce i na problém (Settler et al., 2014) a překvapivě i strategie odpojení (detachment) (Solomon & Dekel, 2007). Z osobnostních charakteristik byla s vyšším posttraumatickým růstem spojena extraverté (Paton, 2006) a hardiness (Waysman, Schwarzwald, & Solomon,

2001), u terapeutů pozitivně korelovala i míra empatie. Naopak soudržnost osobnosti (sense of coherence) korelovala u terapeutů s posttraumatickým růstem negativně, což bylo interpretováno tak, že dobře integrovaní jedinci jsou lépe vybaveni pro zpracování traumatizace a mají tak menší prostor k růstu (Brockhouse et al., 2011). Nižší posttraumatický růst byl dále spojen s aktuálními suicidálními ideacemi (Gallaway et al., 2011). Naproti tomu psychická pohoda (Ďurčková, 2013), předchozí posttraumatická porucha, deprese či pozitivní screening nadužívání alkoholu s posttraumatickým růstem významně nesouvisely (Gallaway et al., 2011). Překvapivě nebyla souvislost nalezena ani mezi posttraumatickým růstem a dobou uplynulou od traumatu (Ďurčková, 2013; Kehl, Knuth, Holubová et al., 2014), subjektivní náročností události, ani kognitivní nezdolností jedince (Ďurčková, 2013). Stejně tak sociodemografické charakteristiky jako pohlaví, vzdělání (Krutiš et al., 2010), rodinný stav či rodičovství s posttraumatickým růstem nesouvisely (Ďurčková, 2013).

Jak je patrné z výše uvedených výzkumných prací, povolání hasičů a dalších příslušníků záchranných složek, kteří se v rámci výkonu své profese často setkávají s neštěstím a utrpením druhých, při jejichž záchraně jsou sami mnohdy ohroženi na životě či zdraví, je psychicky náročné. Nezřídka vede k rozvoji psychických poruch, zejména posttraumatických poruch, či má za následek sníženou kvalitu života a narušené fungování v osobním či profesním životě. Traumatizující zkušenosti však skýtají i možnost osobnostního rozvoje. Výzkum v této oblasti je poměrně bohatý, avšak převážná většina prací je zaměřena na dopady konkrétních mimořádných událostí velkého rozsahu. Studií orientovaných na psychické následky související s běžným výkonem těchto profesí je zatím podstatně méně, především u hasičů. Výzkumy mezinárodního charakteru takto zacílené chybí zcela. Předkládaná práce vychází z této potřeby a doplní dosavadní výzkumné poznatky v oblasti posttraumatických stavů o data pocházející z mezinárodního souboru hasičů, jejichž studie je popsána v následující v praktické části.

PRAKTICKÁ ČÁST

V následující části práce je popsán výzkum zaměřený na symptomy posttraumatické stresové poruchy a na posttraumatický růst u příslušníků hasičských záchranných sborů v souvislosti s běžným výkonem jejich profese. Data vycházejí z mezinárodního **projektu BeSeCu** - Behavior, security and culture: Human behaviour in emergency situations - financovaného Evropskou unií (číslo EU kontraktu 218324) na němž autorka této práce spolupracovala a je rovněž spoluautorkou některých článků publikovaných v odborných recenzovaných periodících, které dosud z projektu vyšly (např. Knuth, Kehl, Galea et al., 2013; Kehl, Knuth, Galea et al., 2014; Kehl, Knuth, Holubová, et al., 2014; Preiss, Sotolářová, & Holubová, 2011). Projekt vznikl v souvislosti s rozvíjející se bezpečnostní politikou Evropské unie a narůstajícím výzkumným zájmem v oblasti medicíny a psychologie katastrof a neštěstí, a je mezikulturním průzkumem do lidského chování při mimořádných událostech, které je většinou zkoumáno pouze v rámci menších národních studií. Výzkumné šetření v rámci projektu BeSeCu proběhlo v letech 2008 – 2011 v osmi evropských zemích. Mezinárodní, multidisciplinární řešitelský tým sestával z následujících spolupracujících center a členů: Německo: Silke Schmidt - koordinátor projektu, Daniela Knuth a Doris Kehl z Greifswaldské univerzity (Ernst-Moritz-Arndt-universität Greifswald); Frank Seidler a Eberhard Diebe z Hamburské akademie protipožárních a záchranných služeb (Feuerwehrakademie Hamburg); Velká Británie: Ed Galea a Lynn Hulse z Greenwichské univerzity (University of Greenwich); Španělsko: Jordi Sans, Malin Roiha a Lola Valles z Katalánského institutu veřejné bezpečnosti (Institut de seguretat pública de Catalunya); Švédsko: Lena Kecklund, Sara Petterson a Kristin Andrée z Institutu bezpečnosti MTO (MTO Säkerhet AB); Polsko: Jerzy Wolanin a Grzegorz Beltowski z Vyšší odborné školy protipožární ochrany (Szkoła główna służby pożarniczej); Turecko: Zeynep Baskaya a Turhan Sofuoglu z Asociace lékařů záchranné služby (Acil ambulans hekimleri derneği); Itálie: Luca Pietrantonio a Elisa Saccinto z Boloňské univerzity (Università di Bologna). Řešitelský tým z České republiky byl zařazen Psychiatrickým centrem Praha (č. kontraktu 7E08008) a jeho členy byly: Marek

Preiss, Marie Sotolářová a Markéta Holubová. Výzkum byl schválen Etickou komisí Psychiatrického centra Praha.

Členové uvedených řešitelských týmů z osmi evropských zemí zkoumali několik typů mimořádných událostí - bytové požáry, požáry ve veřejných budovách, záplavy, teroristické útoky a zemětřesení. Projekt byl zaměřen na civilní osoby zasažené zmíněnými mimořádnými událostmi a na hasiče-záchranáře, kteří při nich zasahují. Hlavním výstupem projektu mělo být zkvalitnění komunikace mezi lidmi zasaženými mimořádnou událostí a zasahujícími profesionály a zefektivnění zásahových instrukcí a postupů s ohledem na zvýšení bezpečnosti při evakuaci.

Předkládaná dizertační práce je zaměřena úžeji. Orientuje se na příslušníky hasičských záchranných sborů a jejich psychickou zátěž v souvislosti s výkonem této fyzicky i emočně náročné profese. Na základě hasiči uvedené subjektivně nejvíce stresující pracovní události zkoumá její případné negativní a pozitivní následky prostřednictvím vykazované psychopatologie - symptomů posttraumatické stresové poruchy, a osobnostního rozvoje – posttraumatického růstu.

5. Výzkumný problém a cíle práce

Stěžejním cílem práce je zjistit, zda hasiči vzhledem k subjektivně nejnáročnějším pracovním událostem vykazují symptomy posttraumatické stresové poruchy, zda u nich dochází k posttraumatickému růstu, a jaký je mezi zmíněnými posttraumatickými stavy vztah. Dalším záměrem je zjištění, jestli v míře posttraumatické symptomatiky a posttraumatického růstu existují rozdíly mezi českými a evropskými hasiči. Autorka vycházela z předpokladu, že hasiči jakožto profesní skupina s podobnými povinnostmi a pravomocemi, výcvikem a pracovními zkušenostmi se mezi sebou v rámci států Evropské unie příliš neliší. K zachycení symptomů posttraumatické stresové poruchy byla zvolena sebeposuzovací škála Impact of event scale-revised, přičemž bylo sledováno celkové skóre i skóre jejích třech subškál, které korespondují s trojicí charakteristických symptomů PTSD, kterými jsou vyhýbání, znovuprožívání a zvýšená dráždivost. Pro zmapování posttraumatického růstu byl použit sebeposuzovací inventář Posttraumatic growth inventory-short form, jeho celkové skóre.

5.1 Výzkumné otázky

V rámci dizertační práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Vykazují hasiči symptomy posttraumatické stresové poruchy v souvislosti s výkonem své profese?
2. Je rozdíl mezi českými a evropskými hasiči z hlediska míry symptomů posttraumatické stresové poruchy?
3. Vykazují hasiči známky posttraumatického růstu v souvislosti s výkonem své profese?
4. Je rozdíl mezi českými a evropskými hasiči z hlediska míry posttraumatického růstu?
5. Jaký je u českých a evropských hasičů vztah mezi posttraumatickým stresem a posttraumatickým růstem?

5.2 Hypotézy

Na základě výše uvedených výzkumných otázek byly formulovány následující pracovní hypotézy:

Posttraumatická stresová porucha

- H1:** V míře symptomů vyhýbání se čeští hasiči neliší od evropských.
- H2:** V míře symptomů znovuprožívání se čeští hasiči neliší od evropských.
- H3:** V míře symptomů zvýšené dráždivosti se čeští hasiči neliší od evropských.
- H4:** V celkové míře posttraumatického stresu se čeští hasiči neliší od evropských.

Posttraumatický růst

- H5:** V míře posttraumatického růstu se čeští hasiči neliší od evropských.

Vztah mezi symptomy PTSD a posttraumatickým růstem

- H6:** Symptomy vyhýbání u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem.
- H7:** Symptomy znovuprožívání u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem.
- H8:** Symptomy zvýšené dráždivosti u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem.
- H9:** Celková míra posttraumatického stresu u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem.

5.3 Vymezení zkoumaných proměnných

Posttraumatická stresová porucha i posttraumatický růst jsou podrobně popsány v příslušných kapitolách teoretické části této práce. Nicméně, vzhledem k tomu, že jsou tyto pojmy obsaženy ve výzkumných otázkách i hypotézách, jsou stručně vymezeny i zde:

Posttraumatická stresová porucha je definována jako zpožděná nebo protrahovaná maladaptivní reakce na událost neobvykle hrozivého charakteru. Mezi její hlavní symptomy patří vyhýbání/vyhýbavé chování (vůči místům, lidem i aktivitám spojeným s traumatickou událostí), znovuprožívání (vtíravé a neodbytné pocity opakovaného znovuprožívání události ve vzpomínkách, flashbacích či snech) a zvýšená dráždivost (podrážděnost, snadné vylekání, poruchy spánku a koncentrace, třes, tachykardie, pocení, hyperventilace aj.) (MKN-10, 2000).

Posttraumatický růst je definován jako významná pozitivní změna na úrovni emoční a kognitivní, která se může projevit i v chování, k níž dochází následkem prožitého traumatu, po němž se jedinec dostává nad svoji dosavadní úroveň fungování (Calhoun & Tedeschi, 2006).

6. Soubor

6.1 Způsob výběru účastníků

Soubor využitý v této práci vychází z výzkumného souboru hasičů rekrutovaných v rámci mezinárodního projektu BeSeCu. Výběr participantů byl záměrný, částečně kvótní - pro zachování proporcionality hasičů z daných regionů, částečně lavinový (snow ball metoda). Cílem náboru bylo získat co nejrepresentativnější vzorek hasičů z každé z osmi spolupracujících evropských zemí. Proto byla snaha o oslovení a navázání spolupráce s hasičskými stanicemi ze všech regionů zúčastněných zemí, se zřetelem k dodržení plánovaných počtů účastníků.

Inkluzivní kritéria byla stanovena následovně: Základním kritériem pro zařazení do studie byla aktivní služba u hasičského záchranného sboru a poskytnutí informovaného souhlasu, který byl součástí dotazníku BeSeCu-FR využitého pro sběr dat. Užší kritéria pak zahrnovala: 1) minimální věkovou hranici osmnácti let; a 2) maximální dobu 10 let uplynulou od posledního aktivního zásahu.

6.2 Popis souboru

Původní výzkumný vzorek vycházející z terénní studie projektu BeSeCu zahrnoval po aplikaci inkluzivních kritérií a vyloučení dotazníků s velkým počtem chybějících odpovědí (nad 50% položek) celkem 3012 hasičů z osmi evropských zemí – z Německa, Spojeného království Velké Británie a Severního Irska (dále jen Velká Británie), Španělska, Švédska, Polska, České republiky, Turecka a Itálie. Plánovaný počet participantů pro jednotlivé země byl v projektu stanoven na 300 hasičů. Pro zachování plánované celkové velikosti souboru některá centra v rámci kompenzace nižšího počtu účastníků v jiných zemích vzorek rozšířila.

Soubor zařazený do statistického zpracování pro účely této práce zahrnoval celkem 2543 účastníků. Vyloučen byl turecký subsoubor, jelikož Turecko není členským státem Evropské unie a jeho záchranné složky mají oproti ostatním členským státům jinou organizaci, pravomoci i povinnosti. Vzhledem k hypotézám, které zahrnují porovnání českých hasičů s evropskými, jsou oba subsoubory dále popsány zvlášť.

Český soubor sestával z 302 participantů. V souboru převažovali muži (N=298; tj. 99%). Průměrný věk byl 37 let, se směrodatnou odchylkou 8 let. Nejmladšímu účastníkovi bylo 22 let, nejstaršímu 62 let. Nejčastěji zastoupené nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou (N=234; tj. 77%), následovalo vysokoškolské (N=63; tj. 21%), středoškolské bez maturity (N=3; tj. 1%) a základní (N=2; tj. 1%). Z hlediska rodinného stavu byla většina participantů v manželském svazku (N=190; tj. 63%) nebo partnerském vztahu (N=44; tj. 15%), svobodných bylo 47 osob (16%), rozvedených bylo 19 účastníků (6%) a 1 osoba (<1%) byla ovdovělá. Většina souboru byla bez náboženského vyznání (N=233; tj. 77%), ke katolické církvi se hlásilo 57 osob (19%), k protestantismu 3 jedinci (1%) a k islámu 2 participantů (1%). Judaismus a hinduismus nebyl uveden žádným účastníkem. Sedm osob (2%) zaškrtnulo položku „jiné“ (nejčastěji byla uváděna víra v něco vyššího, bez konkrétního náboženského vymezení). V souboru vysoce převažovali profesionální hasiči pracující na plný úvazek (N=299; tj. 99%), na částečný úvazek pracovala 1 osoba (<1%), k dobrovolným hasičům patřili 2 participantů (1%). Z hlediska pracovního zařazení převažovali výkonní hasiči (N=206, tj. 68%), velících výkonných hasičů bylo 96 (32%). Průměrná délka služby činila 13 let, se směrodatnou odchylkou 7 roků. Nejkratší služební poměr trval 1 rok, nejdelší 43 let. Z celkového počtu 302 participantů byl dotazník administrován 238 osobám (79%) ve formě tužka-papír, elektronickou verzí dotazníku vyplnilo 64 účastníků (21%). Výše uvedené základní sociodemografické a profesní charakteristiky českého souboru přehledněji ilustruje následující tabulka 1a,b.

Tabulka 1a. Základní sociodemografické a profesní charakteristiky českého souboru (N=302)

		N	%
Pohlaví			
	Muži	298	99
	Ženy	4	1
Vzdělání			
	Základní	2	1
	SŠ bez maturity	3	1
	SŠ s maturitou	234	77
	Vysokoškolské	63	21

Tabulka 1b. Základní sociodemografické a profesní charakteristiky českého souboru (N=302)

		N	%
Rodinný stav			
	Svobodný/á	47	16
	Ženatý / Vdaná	190	63
	Ve vztahu	44	15
	Rozvedený/á	19	6
	Vdovec / Vdova	1	<1
Náboženské vyznání			
	Bez vyznání	233	77
	Křesťanství - katolické	57	19
	Křesťanství - protestantské	3	1
	Judaismus	0	0
	Islám	2	1
	Hinduismus	0	0
	Jiné	7	2
Pracovní poměr			
	Plný úvazek	299	99
	Částečný úvazek	1	<1
	Dobrovolný hasič	2	1
Pracovní zařazení			
	Výkonný hasič	206	68
	Velící výkonný hasič	96	32
Forma administrace			
	Tužka-papír	238	79
	Online	64	21
Věk			
	M - SD	36,6	7,8
	Min - Max	22	62
Délka služby			
	M - SD	12,9	7,2
	Min - Max	1	43

Evropský soubor sestával z celkem 2241 účastníků a zahrnoval hasiče z Německa (N=701; tj. 31%), Velké Británie (N=198; tj. 9%), Španělska (N=161; tj. 7%), Švédska (N=183; tj. 8%), Polska (N=375; tj. 17%) a Itálie (N=623; tj. 28%). V souboru převažovali muži (N=2158; tj. 97%). Průměrný věk byl 37 let, se směrodatnou odchylkou 10 let. Nejmladšímu účastníkovi bylo 18 let, nejstaršímu 66 let. Nejčastěji zastoupené nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou (N=1062; tj. 47%), následovalo středoškolské bez maturity (N=616; tj. 28%), vysokoškolské (N=450; tj. 21%) a základní (N=109; tj. 5%). Z hlediska rodinného stavu byla většina participantů v manželském svazku (N=1172; tj. 52%) nebo partnerském vztahu (N=557; tj. 25%), svobodných bylo 420 osob (19%), rozvedených 83 účastníků (4%) a 4 osoby (<1%) byly ovdovělé.

Většina souboru byla věřící - ke katolické církvi se hlásilo 892 osob (40%), k protestantské 727 participantů (33%), k islámu 5 účastníků (<1%) a k hinduismu 4 jedinci (<1%). Judaismus nebyl referován. Bez náboženského vyznání bylo 563 osob (25%) a 42 participantů (2%) zaškrtnulo položku „jiné“ (nejčastěji bylo uváděno pravoslavné – ortodoxní křesťanství, buddhismus, popř. víra v něco vyššího, bez konkrétního náboženského vymezení). V souboru převažovali profesionální hasiči pracující na plný úvazek (N=1622; tj. 73%), na částečný úvazek pracovalo 63 osob (3%), k dobrovolným hasičům patřilo 549 participantů (24%). Z hlediska pracovního zařazení převažovali výkonní hasiči (N=1364; tj. 61%), velicích výkonných hasičů bylo 870 (39%). Průměrná délka služby činila 14 let, se směrodatnou odchylkou 9 roků. Nejkratší služební poměr trval 1 rok, nejdelší 52 let. Z celkového počtu 2241 participantů byl dotazník administrován 866 osobám (39%) ve formě tužka-papír, elektronickou verzi dotazníku vyplnilo 1375 účastníků (61%). Uvedené základní sociodemografické a profesní charakteristiky evropského souboru přehledněji ilustruje tabulka 2a,b níže.

Tabulka 2a. Základní sociodemografické a profesní charakteristiky evropského souboru (N=2241)

		N	%
Pohlaví			
	Muži	2158	97
	Ženy	76	3
Vzdělání			
	Základní	109	5
	SŠ bez maturity	616	28
	SŠ s maturitou	1062	47
	Vysokoškolské	450	20
Rodinný stav			
	Svobodný/á	420	19
	Ženatý / Vdaná	1172	52
	Ve vztahu	557	25
	Rozvedený/á	83	4
	Vdovec / Vdova	4	<1
Náboženské vyznání			
	Bez vyznání	563	25
	Křesťanství - katolické	892	40
	Křesťanství - protestantské	727	33
	Judaismus	0	0
	Islám	5	<1
	Hinduismus	4	<1
	Jiné	42	2

Tabulka 2b. Základní sociodemografické a profesní charakteristiky evropského souboru (N=2241)

		N	%
Pracovní poměr			
	Plný úvazek	1622	73
	Částečný úvazek	63	3
	Dobrovolný hasič	549	24
Pracovní zařazení			
	Výkonný hasič	1364	61
	Velící výkonný hasič	870	39
Forma administrace			
	Tužka-papír	866	39
	Online	1375	61
Státní příslušnost			
	Německo	701	31
	Velká Británie	198	9
	Španělsko	161	7
	Švédsko	183	8
	Polsko	375	17
	Itálie	623	28
Věk			
	Průměr (SD)	37,1 (10,0)	
	Mín - Max	18 - 66	
Délka služby			
	Průměr (SD)	14,1 (9,2)	
	Mín - Max	1 - 52	

7. Metodika

7.1 Design studie

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, data, z nichž autorka čerpala pro tuto práci, pocházejí z části projektu BeSeCu zaměřené na příslušníky hasičských záchranných sborů. Hlavní částí projektu BeSeCu bylo provedení terénní studie (field study), které předcházela řada kroků zahrnující přístupy kvalitativní i kvantitativní:

Prvním krokem terénní studie byla **konzultace s odborníky**. Konzorcium projektu zahrnovalo jak univerzitní vědecké pracovníky a výzkumníky z klinické oblasti, tak profesionály z řad koncových uživatelů, jako jsou členové státních protipožárních služeb, škol a organizací zaměřených na řešení nouzových situací. Dále byli přizváni různí externí konzultanti – experti z oblasti bezpečnosti a výzkumu, kteří projekt podpořili formou odborných konzultací jak z hlediska realizace výzkumu a formulace užitečných cílů projektu, tak za účelem efektivnější distribuce nově získaných poznatků.

Rovněž byla realizována řada **fokusových skupin a interview** s pracovníky záchranných složek, např. s hasiči, psychology hasičského záchranného sboru, paramediky a lékaři, a s klíčovými zástupci (key representatives) orientovanými v problematice mimořádných událostí, např. vedoucími neziskových organizací poskytujících psychosociální péči. Fokusové skupiny a interview probíhaly formu semi-strukturovaných rozhovorů a jejich cílem bylo zejména zjištění, jak jejich účastníci vnímají a prožívají nouzové události vzhledem ke svým výcvikům a zkušenostem, jak se při nich chovají, na základě čeho se rozhodují apod. Rozhovory a fokusové skupiny proběhly ve všech participujících zemích a celkem se jich zúčastnilo 54 osob. Všechny poskytnuté informace byly se souhlasem účastníků nahrávány na diktafon, poté doslovně přepsány v mateřských jazycích a následně přeloženy do angličtiny. Informace z těchto rozhovorů byly poté kategorizovány a sloužily jako podklad pro vytvoření dotazníku pro účely pilotní studie.

Pilotní studie probíhala ve všech spolupracujících zemích a zahrnovala dotazníkové šetření mezi pracovníky záchranných složek, tedy hasiči, paramediky, lékaři záchranné služby, terénními krizovými pracovníky, policisty apod. Celkový počet účastníků byl 260. Pilotní dotazník byl vyvinut na základě

studia literatury, konzultací s odborníky a informací z fokusových skupin a interview a byl koncipován pro pracovníky záchranných složek obecně. Dotazník mapoval několik oblastí: sociodemografické údaje; pracovní charakteristiku, znalosti a zkušenosti z mimořádných událostí; vnímání rizika při mimořádných událostech; zkušenosti s chováním obětí při mimořádných událostech – jak většinového etnika, tak menšin a různých zvýšeně zranitelných subpopulací, jako jsou např. děti, senioři, apod.; vlastní prožívání a zkušenosti z mimořádných událostí; nejvíce stresující událost při výkonu profese, a sestával celkem z 85 otázek. (Pozn.: Průběh projektu BeSeCu před terénní studií podrobněji viz např. Knuth, Kehl & Schmidt, 2013).

7.1.1 Terénní studie

Terénní studie vycházela z výše popsaných kroků a byla realizována formou dotazníkového šetření probíhajícího 12 měsíců, jemuž předcházela komplexní nábor účastníků z řad hasičů. Každé ze spolupracujících center bylo zodpovědné za vytvoření co nejefektivnější rekrutační strategie pro danou zemi.

Náborové strategie byly ve všech zemích podobné. Rekrutace participantů probíhala prostřednictvím spolupráce s vyššími orgány, s využitím případných osobních kontaktů. Bylo kontaktováno vedení hasičských záchranných sborů, které bylo osloveno prostřednictvím oficiálního dopisu, jenž obsahoval základní informace o projektu BeSeCu spolu s prosbou o spolupráci a informování hasičských stanic napříč jednotlivými státy. Ty byly následně výzkumníky z jednotlivých zemí osloveny. Například v České republice byl nábor zahájen dopisem ředitele Psychiatrického centra Praha prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc., FRCPsych, generálnímu řediteli Hasičského záchranného sboru České republiky genmjr. Ing. Miroslavu Štěpánovi. Po získání povolení regionálních manažerů hasičských stanic členka českého výzkumného týmu PhDr. Marie Sotolářová, tehdejší hlavní psychologka Hasičského záchranného sboru České republiky a spoluzakladatelka psychologické služby HZS ČR, kontaktovala krajská velitelství HZS ČR a ve spolupráci s psychology a členy týmu posttraumatické péče zorganizovala a zprostředkovala nábor na konkrétních hasičských stanicích. Naopak ve Španělsku, pro odlišné organizační uspořádání hasičských sborů kvůli jejím autonomním regionům, byla metoda top-down

obtížná a byly proto rovnou osloveny konkrétní hasičské stanice, kde byl po informačním e-mailu projekt představen formou osobní návštěvy přímo na stanicích. Některá centra, např. německé a polské, oslovila i požární školy - participace však byla podmíněna inkluzivními kritérii.

Na hasičských stanicích byly rovněž vyvěšeny informační letáky projektu BeSeCu s prosbou o spolupráci. Dále proběhlo poměrně široké prezentování projektu v médiích. Byly vytvořeny webové reklamní poutače / bannery, které po rozkliknutí odkazovaly na speciálně vytvořenou webovou stránku projektu (www.besecu.de), která byla k dispozici v příslušných jazykových verzích a obsahovala základní informace o projektu BeSeCu, kontakty na jednotlivé zodpovědné výzkumníky a odkaz na online verzi dotazníku v patřičném jazyce. Tyto bannery byly umístěny na webových stránkách spolupracujících center, intranetu hasičských stanic, oficiálních webových stránkách i sociálních sítích různých profesních organizací a spolků spojených s bezpečností a ochrannou obyvatel, zejména s protipožární tematikou. Rovněž byly vytvořeny inzeráty pro distribuci v odborných časopisech pro složky integrovaného záchranného systému. Další strategií bylo prezentování projektu BeSeCu na odborných setkáních, konferencích, workshopech apod. s tematikou bezpečnosti, krizového managementu, mimořádných událostí, evakuace, katastrof apod. V neposlední řadě byl projekt ve spojitosti s prosbou o spolupráci členy výzkumných týmů zmiňován v různých tematicky zaměřených pořadech a interview v televizním či rozhlasovém vysílání.

Sběr dat pro terénní studii byl realizován v období od května 2010 do dubna 2011 formou celostátního dotazníkového šetření ve všech spolupracujících zemích pomocí dotazníku BeSeCu-FR, který byl vyvinut pro tyto účely a jako jeden z výstupů projektu. Data byla sbírána dvěma způsoby – fyzicky, formou dotazníku tužka-papír, a elektronicky, formou online dotazníku. Při sběru tužka-papír členové výzkumných týmů objížděli jednotlivé hasičské stanice ve své zemi. Administrace však nebyla zcela konzistentní. V některých zemích, např. v České republice, probíhala administrace v rámci předem domluvených schůzek skupinově, za přítomnosti člena výzkumného týmu, který před administrací přednesl krátký motivační úvod, v němž byly podány základní informace o projektu a jeho cílech. Následně byly rozdány dotazníky, při jejichž administraci

byl výzkumník přítomen, a v závěru byl k dispozici pro případnou diskusi. Jinde, např. v Německu, byly dotazníky po předchozí domluvě doručeny na stanice a zanechány k vyplnění případným dobrovolníkům spolu s informačním letákem o projektu. Součástí každého dotazníku byla v tomto případě ofrankovaná obálka s nadepsanou adresou pro zpětné odeslání. Další variantou byla elektronická administrace. Na webová stránka projektu BeSeCu byly v příslušných jazycích k dispozici základní informace o projektu a odkaz na online verzi dotazníku, totožnou s formou tužka-papír. Samotné vyplnění dotazníku trvalo cca 45 minut.

Sběr dat neprobíhal anonymně, avšak se všemi informacemi bylo nakládáno jako s důvěrnými – což bylo uvedeno v počátku dotazníku. Před přepisem dat do elektronického souboru byl každému participantovi přidělen specifický kód dle příslušné země a pořadí účastníka, pod nímž byla jeho data v databázi uložena. Kontaktní informace pak byly skladovány na odlišném místě. Účast na projektu byla zcela dobrovolná a nebyla motivována žádnou finanční ani jinou odměnou.

7.2 Metody

7.2.1 BeSeCu-FR

Dotazník pro hasiče BeSeCu-FR (viz příloha 2), jehož oficiální název v anglickém jazyce zní Behavior, security and culture – First responder, zkráceně BeSeCu-FR, vznikl pro účely projektu BeSeCu a jeho vývoji předcházely výše popsané kroky: konzultace s odborníky, fokusové skupiny a interview s pracovníky záchranných složek a s klíčovými zástupci a pilotní studie. Dotazník BeSeCu-FR byl vytvořen s následujícími cíli: 1) získat všeobecný přehled o práci hasičů; 2) zmapovat způsob, jakým hasiči vnímají lidské reakce v krizových situacích v různém kulturním prostředí; 3) vyhodnotit postoje a reakce samotných pracovníků záchranných služeb z hlediska chování zasažených osob a komunikace s nimi; a 4) učinit první krok směrem k vytvoření neverbálního jazyka pro nouzové situace. Dotazník byl vyvinut v anglickém jazyce a poté přeložen nezávislými překladateli, členy výzkumných týmů, odbornými překladateli a rodilými mluvčími, do úředních jazyků spolupracujících zemí metodou zpětného překladu, tzv. forward-backward-forward translation, pro dosažení co nejvyššího mezikulturního souladu. BeSeCu-FR byl konstruován jako

sebeposuzovací nástroj a byl poměrně rozsáhlý a komplexně zaměřený. Sestával celkem ze 79 otázek, jimž odpovídalo 159 položek, z nichž všechny byly přímé a většina z nich uzavřená. Nejčastějším formátem odpovědí byly škály Likertova typu s 5-ti bodovými možnostmi odpovědí.

První strana dotazníku byla informační - poskytovala základní informace o projektu BeSeCu a poučení k dotazníku, dále kontaktní údaje na zodpovědné osoby z příslušné země. Následovala inkluzivní kritéria a informovaný souhlas. Samotný dotazník byl pak členěn do 10 hlavních oblastí: sociodemografické údaje; pracovní charakteristika; znalosti a profesní zkušenosti z konkrétních mimořádných událostí; vnímání rizik při mimořádných událostech; zkušenosti s chováním zasažených lidí při mimořádných událostech; komunikace se zasaženými a poskytovateli pomoci během mimořádných událostí; zkušenosti s požáry ve vícepatrových obytných budovách; zvládnání emocí a stresu; osobní zkušenosti se stresem a ohrožením v profesním životě; a nejvíce stresující mimořádná událost během posledních 10 let služby. V závěru dotazníku byl kontakt na webovou stránku projektu a kontakt na pověřenou osobu pro případ potřeby konzultace či krizové intervence v souvislosti s eventuálními negativními pocity či myšlenkami, které mohl dotazník vyvolat. Rovněž byl poskytnut prostor pro kontaktní údaje participantů pro případ další spolupráce. Součástí dotazníku byly rovněž dva standardizované inventáře - Impact of event scale-revised a Posttraumatic growth inventory – short form, publikované národní verze. Oba inventáře byly umístěny v závěru dotazníku BeSeCu-FR, bezprostředně po části zaměřené na nejvíce stresující mimořádnou událost prožitou během posledních 10 let služby. Vedle sociodemografických údajů a pracovních charakteristik sloužily zmíněné inventáře jako hlavní zdroj dat pro tuto dizertační práci a jsou tedy samostatně popsány níže. (Pozn.: Podrobnější informace k dotazníku BeSeCu-FR např. in Kehl, Knuth, Galea et al., 2014).

Impact of event scale-revised (IES-R), neboli revidovaná škála vlivu události, je sebeposuzovací inventář zaměřený na posouzení míry symptomatické odpovědi manifestované v posledních sedmi dnech s ohledem na specifickou traumatickou zkušenost. IES-R vychází z Impact of event scale autorů Horowitzové, Wilnera a Alvaréze z roku 1979, nejvíce používaného sebeposuzovacího nástroje měřícího symptomy PTSD (Weiss, 2004). Česká verze

IES-R použitá v BeSeCu-FR vychází z adaptace Preisse a kolegů (2004). Původní Impact of event scale byla 15ti položková, zahrnovala dvě subškály – Avoidance (vyhýbání) a Intrusion (znovuprožívání) a vznikla před zahrnutím PTSD do psychiatrických nomenklatur (Weiss, 2004_b). Naproti tomu revidovaná Impact of event scale autorů Weissové a Marmara (1997) čítá 22 položek a zahrnuje subškály tři: Avoidance (8 položek), Intrusion (8 položek) a Hyperarousal (zvýšená dráždivost; 6 položek), přičemž položky vycházejí ze symptomů PTSD dle DSM-III-R (Weiss, 2004_b). Položky jsou v IES-R prezentovány formou tvrzení, která se vztahují k trojici hlavních symptomů PTSD, resp. míře distresu pociťované během posledních sedmi dní vzhledem ke konkrétní traumatické události. Jednotlivá tvrzení, např. „Snažil/a jsem se o tom nemluvit“ (vyhýbání), „Každá vzpomínka mi vrací pocity, které jsem tehdy měl/a“ (znovuprožívání), či „Cítím se podrážděně a naštvané“ (zvýšená dráždivost) jsou hodnoceny na 5ti bodové škále Likertova typu (vůbec ne – trochu – středně – silně – velmi silně), s minimem 0 bodů a maximem 88 bodů. Nejčastěji užívané hraniční skóre značící riziko PTSD je 33 bodů pro celkové skóre nebo průměr 1,5 bodu pro jednotlivé subškály (Creamer, Bell, & Failla, 2003).

Posttraumatic growth inventory – short form (PTGI-SF) neboli zkrácená verze inventáře posttraumatického růstu (Cann et al., 2010) vychází z Posttraumatic growth inventory (PTGI) autorů Tedeshi a Calhouna z roku 1996. Původní verze inventáře PTGI, stejně jako její zkrácená podoba, je zaměřena na posouzení rozvoje následkem specifického traumatického prožitku. Česká verze použitá v této studii je Preissova (2009) modifikace Marešovy (2009) adaptace. PTGI je praktickým výstupem teoretického pěti-faktorového modelu posttraumatického růstu autorů a prostřednictvím 21 položek postihuje změny následkem prožité traumatické zkušenosti v následujících oblastech: 1) vztahy s druhými lidmi; 2) osobnostní růst; 3) spirituální změny; 4) nové možnosti; a 5) vyšší ocenění života. Zkrácená verze inventáře, PTGI-SF, sestává z deseti položek a postihuje stejný počet oblastí. Položky inventáře jsou prezentovány formou tvrzení, např. 1) „Mám pocit větší blízkosti s druhými lidmi“; 2) „Zjistil/a jsem, že jsem silnější, než jsem si myslel/a“; 3) „Lépe rozumím duchovním záležitostem“; 4) „Dokáži lépe nakládat se svým životem“; a 5) „Více oceňuji hodnotu mého vlastního života“. Jednotlivá tvrzení jsou hodnocena na 6ti bodové číselné stupnici od 0 („nepocítil/a jsem změnu v důsledku této krize“) do 5

(„prožil/a jsem změnu ve velmi značné míře v důsledku této krize“). Bodový rozsah tedy činí 0 až 50 bodů. PTGI ani PTGI-SF nemá hraniční skóre či jiné měřítko stanovující minimální bodovou hranici, od kdy je možno hovořit o posttraumatickém růstu.

7.3 Analýza dat

Použité statistické metody vycházejí kromě ověřovaných hypotéz i z typu a distribuce analyzovaných proměnných. Při testování významnosti rozdílů škálových průměrů dovolují rozsáhlé soubory použití parametrického testu. V této práci byl použit dvouvýběrový t-test. V případě kategoriálních proměnných, například zvýšené a nezvýšené riziko posttraumatické stresové poruchy, byl aplikován Pearsonův Chí-kvadrát test homogenity. Pro analýzu statistické závislosti mezi jednotlivými škálami byl vzhledem k asymetrii distribucí korelačních diagramů použit Spearmanův korelační koeficient. Pro ověření statistické významnosti byla stanovena hladina $p=0,01$, dvoustranná alternativa. Rovněž byla provedena deskriptivní statistika základních sociodemografických a pracovních charakteristik výzkumného souboru a základní deskriptivní statistika jednotlivých škál i subškál. Data byla zpracována pomocí statistického programu SPSS, verze 19.

8. Výsledky

V následující kapitole jsou prezentovány výsledky statistických analýz vztažených k hypotézám autorky i výstupy některých podrobnějších analýz. Kapitola je členěna dle jednotlivých proměnných a k nim vztaženým hypotézám. Pro zvýšení přehlednosti jsou grafy příslušící k jednotlivým hypotézám i souvisejícím podrobnějším analýzám v textu barevně rozlišeny.

K zachycení posttraumatického stresu, resp. symptomů posttraumatické stresové poruchy byla zvolena škála Impact of event scale-revised – její celkové skóre (IES-R) i skóre jednotlivých subškál dle trojice typických symptomů (IES-R_1 – Vyhýbání; IES-R_2 – Znovuprožívání; IES-R_3 – Zvýšená dráždivost). Pro zmapování posttraumatického růstu bylo použito celkové skóre inventáře Posttraumatic growth inventory - short form (PTGI-SF). Porovnána byla data od českých (CZ) a evropských (EU) hasičů. V grafech a tabulkách prezentovaných pro lepší ilustraci zjištěných výsledků, místy i v textu, jsou z důvodu delšího názvu obou hlavních diskutovaných proměnných i nástrojů použitých pro jejich zachycení často používány výše uvedené zkratky. Počty osob se v tabulkách u jednotlivých škál a subškál místy drobně liší - do příslušných statistických analýz byla zařazena pouze data bez chybějících položek.

Zjištěné výsledky lze na tomto místě stručně shrnout takto: Celková míra posttraumatického stresu byla u českého i evropského souboru hasičů obdobná, v některých symptomech však byl mezi soubory nalezen rozdíl. Čeští hasiči uváděli obdobnou míru symptomů vyhýbání jako evropští hasiči, avšak v symptomech znovuprožívání a zvýšené dráždivosti skórovali níže. Míra posttraumatického růstu byla rovněž odlišná - vyšší růst byl pozorován u českých hasičů oproti evropským. Signifikantní vztahy mezi jednotlivými mírami symptomů PTSD i celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem dosahovaly v českém i evropském souboru podobných intenzit. Následuje podrobný popis hlavních zjištění.

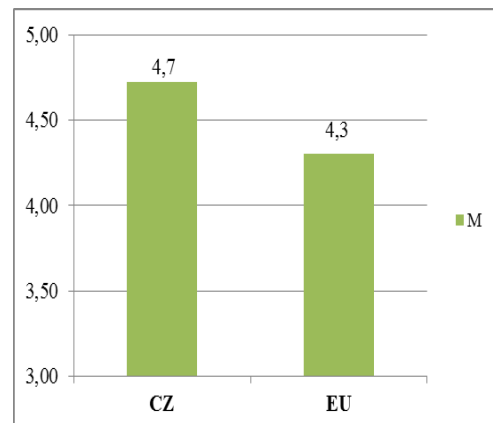
8.1 Posttraumatická stresová porucha

Vyhýbání: První pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že v míře symptomů vyhýbání se čeští hasiči neliší od evropských, byla potvrzena. Na základě statistického ověření bylo zjištěno, že v symptomech vyhýbání se čeští hasiči ($M=4,72$; $SD=4,55$) od evropských ($M=4,30$; $SD=5,09$) statisticky významně neliší ($t=1,639$; $p=0,102$). Podrobněji viz následující tabulka 3 a graf 1.

Tabulka 3. Základní deskripce souborů v subškále IES-R_1 - Vyhýbání

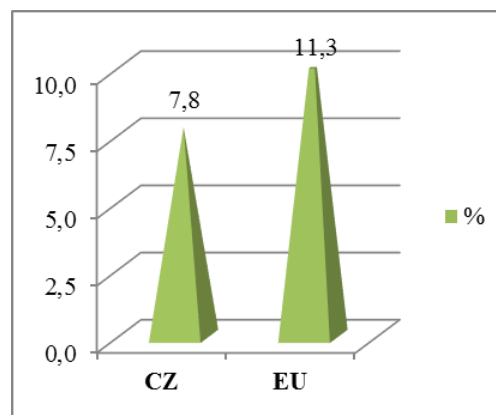
		CZ	EU
Počet		293	2058
Průměr		4,72	4,3
95% Interval spolehlivosti	Spodní hranice	4,2	4,1
	Horní hranice	5,24	4,51
Medián		3	3
Rozptyl		20,74	25,89
Směrodatná odchylka		4,55	5,09
Minimum		0	0
Maximum		27	32
Šikmost		1,29	1,44
Strmost		2,13	1,86

Graf 1. Průměrné skóry v v subškále IES-R_1 - Vyhýbání



Při podrobnější analýze bylo zkoumáno, kolik hasičů vykazuje zvýšené riziko PTSD dle symptomů vyhýbání, a zda je rozdíl mezi českým a evropským souborem. Bylo zjištěno, že relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů vyhýbání se v českém ($N=23$; 7,8%) a evropském souboru ($N=232$; 11,3%) statisticky významně neliší ($\chi^2=3,108$; $p=0,078$). Přehledněji graf 2 níže.

Graf 2. Zvýšené riziko PTSD dle IES-R_1 - Vyhýbání



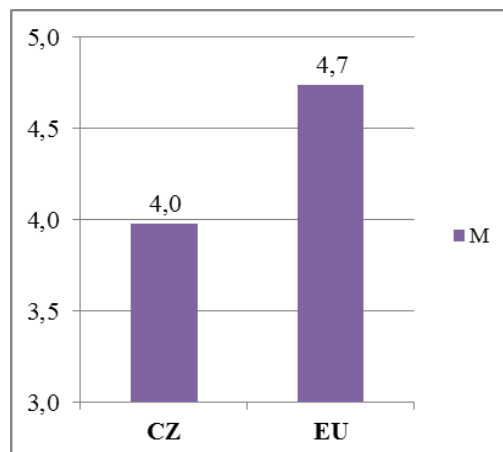
Pozn.: Zvýšené riziko PTSD v IES-R_1 stanoveno dle bodové hranice $M \geq 1,5$

Znovuprožívání: Druhá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že v míře symptomů znovuprožívání se čeští hasiči neliší od evropských, nebyla potvrzena. Na základě statistického ověření bylo zjištěno, že v symptomech znovuprožívání se čeští hasiči ($M=3,98$; $SD=3,84$) liší od evropských ($M=4,74$; $SD=5,12$) statisticky významně ($t=-3,450$; $p<0,001$). Podrobněji viz následující tabulka 4 a graf 3.

Tabulka 4. Základní deskripce souborů v subskále IES-R_2 - Znovuprožívání

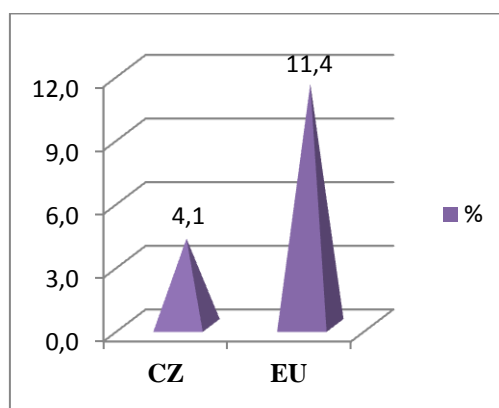
	CZ	EU
Počet	294	2052
Průměr	3,98	4,74
95% Interval spolehlivosti	Spodní hranice	3,54
	Horní hranice	4,42
Medián	3	3
Rozptyl	14,71	26,17
Směrodatná odchylka	3,84	5,12
Minimum	0	0
Maximum	32	32
Šikmost	2,14	1,57
Strmost	9,71	2,74

Graf 3. Průměrné skóry v subskále IES-R_2 – Znovuprožívání



Při podrobnější analýze bylo zkoumáno, kolik hasičů vykazuje zvýšené riziko PTSD dle symptomů znovuprožívání, a zda je rozdíl mezi českým a evropským souborem. Bylo zjištěno, že relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů znovuprožívání se v českém ($N=12$; 4,1%) a evropském souboru ($N=234$; 11,4%) liší statisticky významně ($\chi^2=14,687$; $p<0,001$). Přehledněji výše uvedené ilustruje graf 4 níže.

Graf 4. Zvýšené riziko PTSD dle IES-R_2 – Znovuprožívání



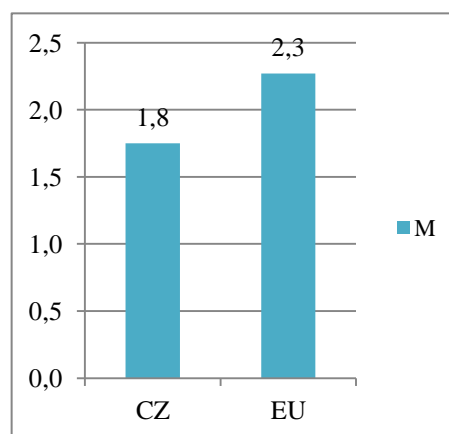
Pozn.: Zvýšené riziko PTSD v IES-R_2 stanoveno dle bodové hranice $M \geq 1,5$

Zvýšená dráždivost: Třetí pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že v míře symptomů zvýšené dráždivosti se čeští hasiči neliší od evropských, nebyla potvrzena. Na základě statistického ověření bylo zjištěno, že v symptomech zvýšené dráždivosti se čeští hasiči ($M=1,75$; $SD=2,45$) liší od evropských ($M=2,27$; $SD=3,93$) statisticky významně ($t=-3,663$; $p<0,001$). Podrobnější informace poskytují následující tabulka 5 a graf 5.

Tabulka 5. Základní deskripce souborů v subskále IES-R_3 - Zvýšená dráždivost

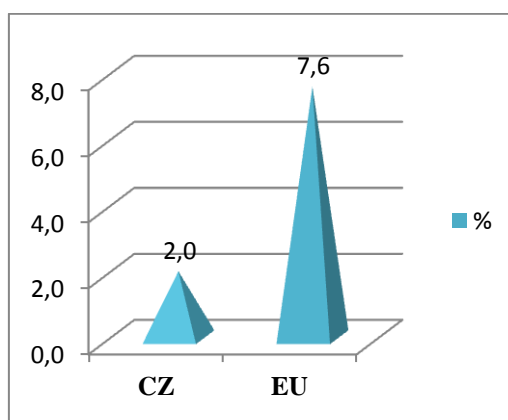
		CZ	EU
Počet		296	2063
Průměr		1,75	2,27
95% Interval spolehlivosti	Spodní hranice	1,47	2,14
	Horní hranice	2,03	2,41
Medián		1	1
Rozptyl		6,02	11,51
Směrodatná odchylka		2,45	3,93
Minimum		0	0
Maximum		16	24
Šikmost		2,2	2,15
Strmost		6,52	5,2

Graf 5. Průměrné skóry v subskále IES-R_3 - Zvýšená dráždivost



Při podrobnější analýze bylo zkoumáno, kolik hasičů vykazuje zvýšené riziko PTSD dle symptomů zvýšené dráždivosti, a zda je rozdíl mezi českým a evropským souborem. Bylo zjištěno, že relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů zvýšené dráždivosti se v českém ($N=6$; 2,0%) a evropském souboru ($N=156$; 7,6%) liší statisticky významně ($\chi^2=12,399$; $p<0,001$). Přehledněji výše uvedené ilustruje následující graf 6.

Graf 6. Zvýšené riziko PTSD dle IES-R_3 – Zvýšená dráždivost



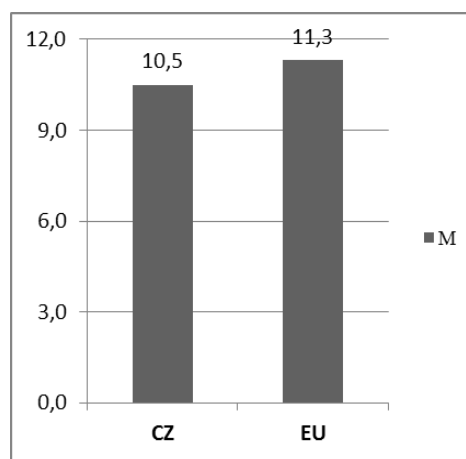
Pozn.: Zvýšené riziko PTSD v IES-R_2 stanoveno dle bodové hranice $M \geq 1,5$

Celková míra posttraumatického stresu: Čtvrtá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že v celkové míře posttraumatického stresu se čeští hasiči neliší od evropských, byla potvrzena. Na základě statistického ověření bylo zjištěno, že v celkové míře posttraumatického stresu se čeští hasiči ($M=10,49$; $SD=9,60$) od evropských ($M=11,30$; $SD=12,38$) statisticky významně neliší ($t=-1,463$; $p=0,144$). Podrobnější informace poskytují následující tabulka 6 a graf 7.

Tabulka 6. Základní deskripce souborů dle celkového skóre v IES-R

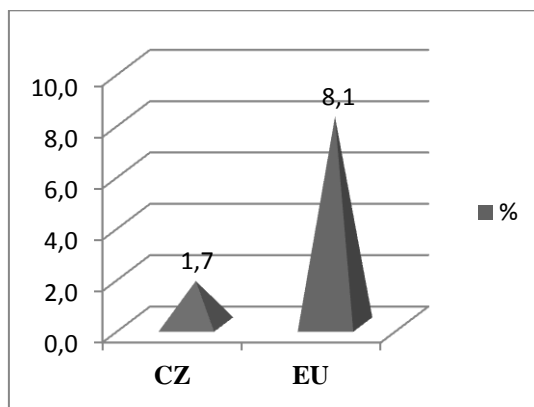
		CZ	EU
Počet		290	2018
Průměr		10,49	11,3
95% Interval spolehlivosti	Spodní hranice	9,38	10,79
	Horní hranice	11,6	11,8
Medián		8	7
Rozptyl		92,11	153,29
Směrodatná odchylka		9,6	12,38
Minimum		0	0
Maximum		75	88
Šikmost		1,94	1,67
Strmost		7,59	3,19

Graf 7. Průměrné celkové skóre v IES-R



Při podrobnější analýze bylo zkoumáno, kolik hasičů vykazuje zvýšené riziko PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, a zda je rozdíl mezi českým a evropským souborem. Bylo zjištěno, že relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu se v českém ($N=5$; 1,7%) a evropském souboru ($N=164$; 8,1%) liší statisticky významně ($\chi^2=15,317$; $p<0,001$). Přehledněji viz graf 8 níže.

Graf 8. Zvýšené riziko PTSD celkového skóre v IES-R



Pozn.: Zvýšené riziko PTSD v IES-R stanoveno dle bodové hranice $HS \geq 33$

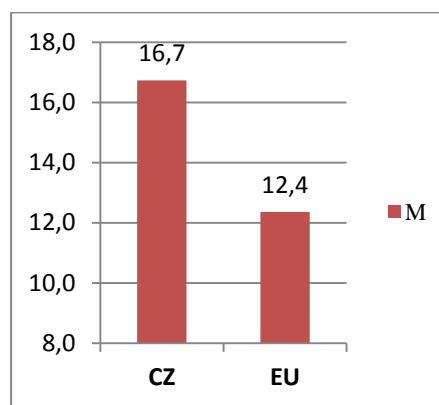
8.2 Posttraumatický růst

Pátá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že v míře posttraumatického růstu se čeští hasiči neliší od evropských, nebyla potvrzena. Na základě statistického ověření bylo zjištěno, že v míře posttraumatického růstu se čeští hasiči ($M=16,73$; $SD=10,64$) liší od evropských ($M=12,36$; $SD=10,33$) statisticky významně ($t=7,444$; $p<0,001$). Podrobnější viz tabulka 7 a graf 9 níže.

Tabulka 7. Základní deskripce souborů dle celkového skóre v PTGI-SF

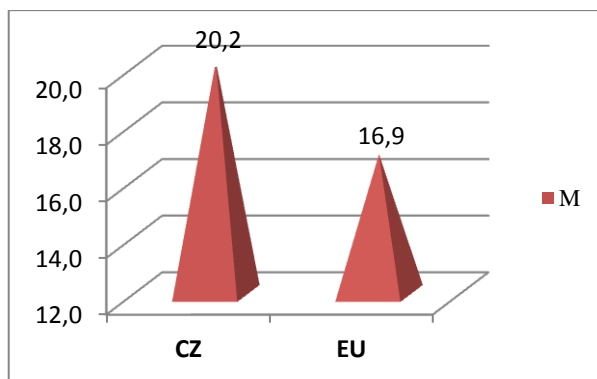
	CZ	EU	
Počet	282	1971	
Průměr	16,73	12,36	
95% Interval spolehlivosti	Spodní hranice	15,48	11,94
	Horní hranice	17,97	12,77
Medián	17	11	
Rozptyl	113,25	101,09	
Směrodatná odchylka	10,64	10,33	
Minimum	0	0	
Maximum	43	46	
Šikmost	0,16	0,62	
Strmost	-0,9	-0,41	

Graf 9. Průměrné celkové skóre v PTGI-SF



Při podrobnější analýze bylo zkoumáno, jaký je posttraumatický růst u subsouboru hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, a zda je v tomto ohledu rozdíl mezi českým a evropským souborem. V rámci subsouboru hasičů se zvýšeným rizikem PTSD nebyl v míře posttraumatického růstu nalezen mezi českými ($M=20,20$; $SD=6,91$) a evropskými hasiči ($M=16,92$; $SD=10,09$) statisticky významný rozdíl ($t=-0,721$; $p=0,472$). Přehledněji výše uvedené ilustruje graf 10 níže.

Graf 10. Průměrné skóre PTGI-SF při zvýšeném riziku PTSD dle celkového skóre v IES-R



8.3 Vztah mezi symptomy PTSD a posttraumatickým růstem

Vyhýbání a posttraumatický růst: Šestá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že symptomy vyhýbání u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem, byla potvrzena. Korelační analýza u českých hasičů prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem ($r=0,286$; $p<0,001$). Rovněž u evropských hasičů byl mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem nalezen slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah ($r=0,300$; $p<0,001$). Přehledněji vztah mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem ilustruje tabulka 8 níže.

Tabulka 8. Korelace subškály IES-R_1 - Vyhýbání s celkovým skórem PTGI-SF

Soubor CZ		PTGI-SF	Soubor EU		PTGI-SF
IES-R_1	r	,286	IES-R_1	r	,300
	p	,000		p	,000
	N	278		N	2221

Znovuprožívání a posttraumatický růst: Sedmá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že symptomy znovuprožívání u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem, byla potvrzena. Korelační analýza u českých hasičů prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem ($r=0,258$; $p<0,001$). Rovněž u evropských hasičů byl mezi symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem nalezen slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah ($r=0,318$; $p<0,001$). Přehledněji vztah mezi symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem ilustruje tabulka 9 níže.

Tabulka 9. Korelace subškály IES-R_2 - Znovuprožívání s celkovým skórem PTGI-SF

Soubor CZ		PTGI-SF	Soubor EU		PTGI-SF
IES-R_2	r	,258	IES-R_2	r	,318
	p	,000		p	,000
	N	280		N	2217

Zvýšená dráždivost a posttraumatický růst: Osmá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že symptomy zvýšené dráždivosti u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem, byla potvrzena. Korelační analýza u českých hasičů prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem ($r=0,329$; $p<0,001$). Rovněž u evropských hasičů byl mezi symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem nalezen slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah ($r=0,293$; $p<0,001$). Přehledněji vztah mezi symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem ilustruje tabulka 10 níže.

Tabulka 10. Korelace subsškály IES-R_3 – Zvýšená dráždivost s celkovým skórem PTGI-SF

Soubor CZ		PTGI-SF	Soubor EU		PTGI-SF
IES-R_3	r	,329	IES-R_3	r	,293
	p	,000		p	,000
	N	281		N	2225

Celková míra posttraumatického stresu a posttraumatický růst: Poslední, devátá pracovní hypotéza, vycházející z předpokladu, že celková míra posttraumatického stresu u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem, byla potvrzena. Korelační analýza u českých hasičů prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem ($r=0,325$; $p<0,001$). Rovněž u evropských hasičů byl mezi celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem nalezen slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah ($r=0,342$; $p<0,001$). Přehledněji vztah mezi celkovou mírou PTSD a posttraumatickým růstem ilustruje tabulka 11 níže.

Tabulka 11. Korelace celkového skóre IES-R celkovým skórem PTGI-SF

Soubor CZ		PTGI-SF	Soubor EU		PTGI-SF
IES-R	r	,325	IES-R	r	,342
	p	,000		p	,000
	N	276		N	2183

8.4 Shrnutí výsledků

Posttraumatická stresová porucha

Celková míra posttraumatického stresu byla u českého i evropského souboru obdobná, čeští hasiči ($M=10,49$; $SD=9,60$) se od evropských ($M=11,30$; $SD=12,38$) statisticky významně nelišili ($t=-1,463$; $p=0,144$). Avšak relativní četnost zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu byla u českých hasičů (1,7%) oproti evropským kolegům ($N=8,1\%$) statisticky významně nižší ($\chi^2=15,317$; $p<0,001$).

Míra symptomů vyhýbání byla u českého i evropského souboru obdobná, čeští hasiči ($M=4,72$; $SD=4,55$) se od evropských ($M=4,30$; $SD=5,09$) statisticky významně nelišili ($t=1,639$; $p=0,102$). Signifikantní rozdíl nebyl nalezen ($\chi^2=3,108$; $p=0,078$) ani z hlediska relativní četnosti českých (7,8%) a evropských (11,3%) hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů vyhýbání.

Míra symptomů znovuprožívání byla u českých hasičů ($M=3,98$; $SD=3,84$) oproti evropským ($M=4,74$; $SD=5,12$) statisticky významně nižší ($t=-3,450$; $p<0,001$). Rovněž relativní četnost zvýšeného rizika PTSD dle symptomů znovuprožívání byla v českém souboru (4,1%) oproti evropskému (11,4%) statisticky významně nižší ($\chi^2=14,687$; $p<0,001$).

Míra symptomů zvýšené dráždivosti byla u českých hasičů ($M=1,75$; $SD=2,45$) oproti evropským ($M=2,27$; $SD=3,93$) statisticky významně nižší ($t=-3,663$; $p<0,001$). Taktéž relativní četnost hasičů se zvýšeným rizikem PTSD dle symptomů zvýšené dráždivosti byla v českém souboru (2,0%) ve srovnání s evropským (7,6%) statisticky významně nižší ($\chi^2=12,399$; $p<0,001$).

Posttraumatický růst

Celková míra posttraumatického růstu byla u českých hasičů ($M=16,73$; $SD=10,64$) oproti evropským ($M=12,36$; $SD=10,33$) statisticky významně vyšší ($t=7,444$; $p<0,001$). Avšak v rámci subsouboru hasičů se zvýšeným rizikem PTSD (dle celkové míry PTSD) byla míra posttraumatického růstu obdobná, mezi českými ($M=20,20$; $SD=6,91$) a evropskými hasiči ($M=16,92$; $SD=10,09$) nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ($t=-0,721$; $p=0,472$).

Vztah mezi symptomy PTSD a posttraumatickým růstem

Signifikantní pozitivní vztahy mezi celkovou mírou PTSD i jejími jednotlivými symptomy a posttraumatickým růstem dosahovaly v českém i evropském souboru podobných intenzit.

Vyhýbání a posttraumatický růst: Korelační analýza prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem u českých ($r=0,286$; $p<0,001$) i evropských hasičů ($r=0,300$; $p<0,001$).

Znovuprožívání a posttraumatický růst: Korelační analýza prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem u českých ($r=0,258$; $p<0,001$) i evropských hasičů ($r=0,318$; $p<0,001$).

Zvýšená dráždivost a posttraumatický růst: Korelační analýza prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem u českých ($r=0,329$; $p<0,001$) i evropských hasičů ($r=0,293$; $p<0,001$).

Celková míra posttraumatického stresu a posttraumatický růst: Korelační analýza prokázala sice slabší, avšak signifikantní pozitivní vztah mezi celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem u českých ($r=0,325$; $p<0,001$) i evropských hasičů ($r=0,342$; $p<0,001$).

9. Diskuze

V závěrečné kapitole praktické části jsou nejprve podrobně popsány limitace předkládané práce, které vycházejí především z metodiky projektu BeSeCu. Dále jsou shrnuty zjištěné výsledky a zváženy možnosti jejich interpretace. V neposlední řadě je diskutována generalizovatelnost výsledků a implikace získaných poznatků pro praxi. Rovněž jsou naznačeny podněty pro další výzkum.

9.1 Limitace

Následující část je věnována popisu limitací předložené dizertační práce. Diskutovány jsou především nedostatky týkající se výzkumného souboru a designu studie BeSeCu, které vzešly ze snahy o zajištění reprezentativního souboru o velkém počtu účastníků, což se v praxi ukázalo jako velmi náročné a obtížně uskutečnitelné.

9.1.1 Složení souboru

Soubor využitý v této vychází ze spolupráce osmi evropských zemí. Studie byla zaměřena na hasiče a zařazen byl každý příslušník starší 18 let, jenž se v posledních 10 letech aktivně účastnil zásahu. Tato poměrně benevolentní inkluzivní kritéria byla zvolena z důvodu získání potřebného počtu zkoumaných osob a zajištění heterogenity souboru z hlediska věku. Výběr participantů byl tedy záměrný, částečně kvótní se snahou o zachování proporcionality hasičů z daných regionů a částečně lavinový. Vzhledem k velkým počtům účastníků se však soubor dá, minimálně český vzorek, kde byla regionální proporcionalita zachována, považovat za vcelku reprezentativní, přestože výběr nebyl náhodný.

Do souboru pro statistické zpracování v této práci nebyla zařazena data tureckých hasičů. Turecko není členským státem Evropské unie a jeho záchranné složky mají svá specifika a tamní hasičský záchranný sbor má jinou organizaci a pravomoci, přičemž se dají předpokládat i nuance ve výcviku a vzdělávání. Turečtí hasiči by tedy pro účely této práce byli s ostatními participujícími hasiči obtížně srovnatelní. Autorka vycházela z předpokladu, že hasiči, jakožto profesní skupina s podobnými povinnostmi a pravomocemi, i výcvikem a pracovními

zkušenostmi, se mezi sebou příliš neliší. Proto byl soubor, vyjma tureckých hasičů, pojat jako celek, z něhož však byli vyděleni čeští hasiči, jejichž data byla zpracována zvlášť a porovnána s daty od ostatních evropských hasičů. Důvodem nebyl předpoklad, že čeští hasiči mohou být od evropských kolegů odlišní, právě naopak. Avšak vzhledem k dobře navázané spolupráci s českými hasiči, jejichž soubor lze považovat za reprezentativní pro populaci příslušníků HZS ČR, jim byla věnována větší pozornost a výstupy mají i vyšší výpovědní hodnotu a mohly by být využity v praxi.

Finální vzorek tedy sestával ze dvou souborů – českého (N=302) a evropského (N=2241). Z uvedených čísel je patrné, že se v evropském souboru nepodařilo přesně zachovat předem stanovený počet participantů pro danou zemi (á 300). Protože v některých zemích, konkrétně ve Velké Británii (N=198), Španělsku (N=161) a Švédsku (N=183) nebylo vymezeného počtu participantů dosaženo, v jiných zemích - v Polsku (N=375), Německu (N=701) a Itálii (N=623) bylo naopak rekrutováno více osob jako kompenzace v rámci dodržení původně stanoveného celkového počtu účastníků. To komplikuje porovnání mezi jednotlivými zeměmi, které proto nebylo cílem této práce. Markantní je samozřejmě nestejný počet osob v českém a evropském souboru, který však ani stejný být nemůže vzhledem k tomu, že jsou porovnávána data hasičů z jedné země oproti 6 zemím zároveň. Aby bylo dosaženo stejných počtů, musel by být z každého subsouboru náhodně vybrán vzorek 50 ti osob, čímž by však převážná většina získaných dat nebyla využita a soubory by byly poměrně malé. Navíc, čeští hasiči byli s evropskými porovnáváni v míře posttraumatického stresu i posttraumatického růstu na základě průměrných skóre v dotaznících měřících dané proměnné. V rámci podrobnějších analýz pak bylo zkoumáno, kolik procent hasičů z každého souboru vykazuje zvýšené riziko posttraumatické stresové poruchy. V tomto ohledu by tedy rozdílná velikost souborů neměla mít na výsledky zásadní vliv. Nestejná velikost vzorků může být zkreslující při ověřování statistické významnosti rozdílů mezi českými a evropskými hasiči, kde v případě porovnání průměrných skóre poměrně velkých souborů nelze vyloučit chybu 1. druhu, a naopak, vzhledem k nízkému počtu hasičů se zvýšeným rizikem PTSD v menším českém souboru lze při jejich porovnání s větším počtem evropských hasičů se zvýšeným rizikem PTSD patrně předpokládat chybu 2.

druhu. Zjištěné rozdíly mezi českými a evropskými hasiči je tedy třeba interpretovat s opatrností.

Problematické z hlediska srovnávání českého a evropského souboru mohou být i některé rozdíly v sociodemografické charakteristice. Soubory se lišily vzděláním - v českém bylo vyšší, převažovalo středoškolské s maturitou, která je v ČR podmínkou pro přijetí do hasičského záchranného sboru, oproti středoškolskému bez maturity u většiny evropského souboru, kde maturita podmínkou není. Dalším rozdílem bylo náboženské vyznání - v českém souboru výrazně převažovali ateisté (77%), zatímco v evropském souboru byla většina věřících (bez vyznání bylo pouze 25%). V neposlední řadě byly soubory nestranné stran formy pracovního poměru, kdy do českého souboru byli v souladu s původními instrukcemi rekrutováni pouze profesionální hasiči, zatímco čtvrtinu evropského souboru tvořili hasiči dobrovolní a byli zahrnuti i studenti požární školy. Soubory však byly srovnatelné z hlediska pohlaví, věku, délky služby, rodinného stavu i pracovního zařazení (tj. výkonný vs. velící výkonný hasič). V souvislosti s pohlavím je třeba zmínit, že v českém i evropském souboru výrazně převažovali muži (CZ 99%; EU 97%) oproti ženám. Výsledky zjištěné v této práci tedy platí převážně pro hasiče mužského pohlaví a nelze tvrdit, že jsou platné i pro ženy-hasičky. Nicméně, rozložení pohlaví v tomto souboru vcelku odpovídá zastoupení obou pohlaví v populaci hasičů, jelikož u profesionálních hasičů se ženy vyskytují pouze na úsecích specialistů, jako je například psycholog, preventista, operátor na operačním středisku, tiskový mluvčí apod., nikoliv mezi tzv. mokřými hasiči zařazenými v přímém výkonu služby v jednotkách požární ochrany, na něž byl zaměřen tento výzkum.

Nespornou výhodou souboru jako celku je jeho velikost a mezinárodní charakter, s čímž však zároveň souvisí i nedostatky stran nevyváženosti některých sociodemografických charakteristik (viz výše) a zejména sběru dat. Poněkud problematický je v tomto ohledu především evropský soubor, kde mezi subsoubory jednotlivých zemí existují rozdíly, především z hlediska počtu účastníků a způsobu sběru dat, a nelze vyloučit ani kulturně podmíněné odlišnosti, které však vzhledem k rozdílnostem mezi jednotlivými zeměmi již na úrovni rekrutace a sběru dat nebyly v této práci sledovány. Případné rozdíly mezi národními subsoubory se mohou při jejich sloučení do jednoho velkého souboru

do značné míry setřít. Nabízí se však otázka, nakolik je to vlastně smysluplné. Zda i s ohledem na předpokládané podobnosti dané profesí, kde se díky obdobnému výcviku a pracovním zkušenostem zdají eventuální individuální a kulturní odlišnosti jako méně významné, skutečně existuje něco jako průměrný evropský hasič, respektive jestli ho má smysl zkoumat a popisovat. Navíc, při podrobné analýze průměrných skóre ve škálách měřících symptomy posttraumatické stresové poruchy (IES-R) a posttraumatický růst (PTGI-SF) byly mezi některými zeměmi nalezeny poměrně velké rozdíly (viz příloha 4), které jsou vzhledem k nestejným počtům participantů z jednotlivých zemí a nižší konsistenci příslušných center při sběru dat obtížně interpretovatelné. I tyto rozdíly se při sloučení jednotlivých subsouborů do jednoho velkého souboru zprůměrováním výrazně oslabí. Otázkou však zůstává, vůči komu český soubor vlastně porovnáваме. Podobné srovnání a jeho výsledky jsou přirozeně limitované a je nezbytné interpretovat je opatrně.

9.1.2 Realizace výzkumu

Stěžejní část výzkumu v rámci projektu BeSeCu probíhala v rámci terénní studie, která byla organizována formou dotazníkového šetření mezi příslušníky hasičských záchranných sborů z několika evropských zemí. Pro získání co nejreprezentativnějšího souboru hasičů se výzkumníci, respektive členové multidisciplinárního výzkumného týmu, snažili o navázání spolupráce s hasičskými stanicemi ze všech regionů v každé ze spolupracujících zemí. I přes snahu o efektivní náborové strategie a zajištění standardního průběhu sběru dat, k němuž byl vytvořen podrobný manuál s pokyny, který byl přeložen do příslušných jazyků všech participujících center, je třeba brát v potaz několik níže uvedených omezení.

Náborové strategie byly ve všech zemích podobné, většinou zahrnovaly oslovení vedení hasičských záchranných sborů prostřednictvím oficiálního dopisu, po němž byly kontaktovány konkrétní hasičské stanice, telefonicky či formou osobní návštěvy. Dále proběhlo poměrně široké prezentování projektu v tematicky zaměřených médiích a na různých odborných akcích. Úspěšnost náborových strategií však byla v různých zemích odlišná. Mnoha evropským kolegům se nepodařilo přes vedení hasičských sborů zajistit efektivní spolupráci, jako tomu

bylo v České republice, což se negativně odrazilo v reprezentativnosti jejich souborů. Zde se multidisciplinarita výzkumného týmu ukázala jako nevýhodná, jelikož ti, kdo neměli již předem vybudované kontakty a erudici v rámci hasičských sborů - čili většina evropských kolegů, zejména těch z akademického prostředí či soukromých zařízení, měli k hasičům velmi obtížný přístup. Ve většině případů se výzkumníkům sice podařilo s oficiálním schválením vedení dostat na hasičské stanice, nicméně bez větší organizační podpory. Proto jejich činnost na stanicích spočívala povětšinou v tom, že vyvěsili informační letáky a na viditelném místě zanechali dotazníky k vyplnění případným dobrovolníkům. Návratnost dotazníků tak nebyla příliš vysoká, respektive v některých zemích, např. ve Velké Británii a Švédsku, byla téměř nulová.

Pro realizovatelnost **sběru dat**, který dle původního plánu probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření formou tužka-papír na hasičských stanicích, byla tedy zhruba v jeho polovině vytvořena ještě online varianta, pomocí dotazníku dostupného prostřednictvím webové stránky projektu BeSeCu. To na jednu stranu usnadnilo centřům, které měly s rekrutací problém, zajistit více účastníků a umožnilo jim dále na projektu spolupracovat, čímž bylo zajištěno další pokračování celého projektu, které by bylo jinak ohroženo, avšak snížila se metodologická čistota sběru dat. Mezi jednotlivými zeměmi byl v tomto ohledu velký rozdíl, který přetrvával i po sloučení evropských zemí do jednoho souboru, kdy v evropském vzorku oproti českému online administrace i tak převažovala (EU 61% oproti CZ 21% online). Ideální by samozřejmě bylo, kdyby se podařilo formu tužka-papír a online vyvážit 50:50. To však nebylo možné, jelikož zatímco v České republice byla již většina dat sebrána původně plánovanou formou tužka-papír, která též nad sběrem dat umožňovala výzkumníkům větší kontrolu, některá centra nebyla touto formou schopna data získat (např. Velká Británie 1%, Švédsko 5% dat sebraných formou tužka-papír). Čili navýšení počtu účastníků, kteří by vyplnili online verzi dotazníku v zemích, kde již převažovala forma tužka-papír, by nemělo význam ani jako kompenzační strategie.

Přitom způsob administrace mohl hypoteticky ovlivnit kvalitu souboru v mnoha ohledech. U online dotazníků nebylo možné ověřit pravdivost výpovědi participantů ohledně příslušnosti k hasičskému záchrannému sboru. Nicméně vzhledem k náborovým strategiím by se běžná populace dostávala k dotazníku

obtížně. Navíc, vyplnění dotazníku nebylo motivováno finanční ani jinou odměnou a bylo relativně časově náročné, v průměru okolo 45 minut. Další možnou nevýhodou online administrace, a do jisté míry i individuální administrace formou tužka-papír, je tzv. self selection bias. Vzhledem ke stále přetrvávající spíše negativní konotaci traumatizace v rámci záchrannářských profesí, kdy je trauma stále některými do jisté míry vnímáno jako slabost, nelze vyloučit, že výzkumu se neúčastnili více traumatizovaní hasiči. Ti tedy teoreticky mohou být v našem souboru méně zastoupeni, než odpovídá skutečnosti. Při porovnání odpovědí i porovnání průměrných celkových skóre škály měřící symptomy posttraumatické stresové poruchy se však tyto předpoklady nepotvrdily, mezi průměry celkového skóru IES-R získanými z online i tužka-papír dotazníků nebyl výrazný rozdíl - průměrná výše IES-R u formy tužka-papír byla 10,6 bodů oproti 12,2 bodům u online formy.

Pravdou však je, že ani sběr dat formou tužka-papír nebyl vždy zcela konzistentní. V některých zemích, např. v České republice, administrace dotazníku probíhala v předem domluvený čas skupinově, po krátkém motivačním úvodu o základních cílech projektu se zdůrazněním případných přínosů pro praxi, a zúčastnili se téměř vždy všichni souhlasivší hasiči sloužící ten den na stanici. Avšak v některých jiných zemích, např. v Německu, byly dotazníky spolu s informačním letákem o projektu po předchozí domluvě s vedením zanechány na hasičských stanicích k individuálnímu vyplnění případným dobrovolníkům. Mohli je vyplnit hasiči z různých směn, avšak bez možnosti diskuze se zodpovědným výzkumníkem, což mohlo ovlivnit jejich motivaci a přístup. Dalo by se předpokládat, že více informovaní hasiči budou ochotnější podělit se o své traumatizující zkušenosti a vyplní tedy dotazník pravdivěji. Avšak rovněž se nabízí pohled, že hasiči, kteří měli možnost vyplnit dotazník v soukromí, kde jim nikdo z kolegů „nemohl koukat přes rameno“, ať už formou tužka-papír či online, budou ohledně svých zkušeností sdílnější oproti kolegům, kteří dotazník vyplňovali skupinově. Porovnání odpovědí i průměrných celkových skóre IES-R tento předpoklad však příliš nepotvrdilo, průměrná výše IES-R získaná individuálním způsobem administrace byla 9,9 bodů oproti 10,5 bodům u skupinové formy. Za zmínku stojí i zkušenost z praxe skupinové administrace, která byla někdy přerušena výjezdem hasičů k zásahu. Dotazník tedy nebyl vždy vyplňován najednou. To samé však mohlo platit i pro hasiče, kteří dotazník

vyplňovali individuálně na služebně, popř. v domácím prostředí - ať už jeho papírovou nebo online verzi. Navíc, vzhledem k charakteru dotazníku, jeho širokému záběru s mnoha různými sekcemi zaměřenými na odlišná témata, by nemělo mít případné přerušované vyplnění na kvalitu odpovědí příliš vliv.

Další limitace vyplývají z **obecných charakteristik** studie. Studie byla koncipována jako průřezová, jejíž data neumožňují vyjádření ohledně kauzality. To samé platí i pro korelační analýzu, která byla využita pro zmapování vztahu mezi symptomy posttraumatické stresové poruchy a posttraumatickým růstem. Z části se jednalo o výzkum ex-post facto – účastníci si měli vybavit nejvíce stresující událost, kterou zažili během výkonu své profese, a vzhledem k ní hodnotit míru symptomů PTSD a posttraumatického růstu. Tyto proměnné, respektive jejich míra, však byly hodnoceny s ohledem na aktuální stav, tedy nikoli retrospektivně a neměly by tedy výrazněji podléhat případné interferenci paměťového procesu či zapomínání. U PTSD byla hodnocena intenzita symptomů v posledních 7 dnech včetně aktuálního, u posttraumatického růstu pozitivní změny, k nimž došlo po traumatické zkušenosti, a jsou stále platné. Co se týče hodnocení posttraumatického růstu, určité zkreslení - ve smyslu pozitivní iluze (viz např. Hobfoll et al., 2007; Taylor, 1983; Taylor & Armor, 1996; Zoellner & Maercker, 2006_a) však minimálně u některých participantů nelze vyloučit, jelikož doba uplynulá od prožitého traumatu různých osob byla odlišná a pozitivní iluze spíše než skutečný posttraumatický růst se krátce po traumatu může objevit a nedá se v sebeposuzovacích dotaznících příliš odlišit. K tomu by pomohlo objektivní posouzení další osobou, což však v rámci této velké mezinárodní studie nebylo možné zrealizovat. Zkreslení ve směru záměrného underreportingu obtíží však nelze vyloučit ani s ohledem na sebeposouzení posttraumatické symptomatiky související s přetrvávající spíše negativní konotací traumatu mezi záchranáři. Rovněž je možné, že míra posttraumatických příznaků i posttraumatického růstu mohla být ovlivněna různými intervenujícími proměnnými, kterých si nemusí být vědomi ani sami účastníci. Dále se nabízí otázka, do jaké míry jsou hasiči popisované různé druhy traumatických zkušeností (viz příloha 4) a jejich následky srovnatelné. Porovnání závažnosti různých profesních traumat hasičů však nebylo předmětem této práce. Důležité zde bylo subjektivní prožívání a hodnocení jednotlivých účastníků. A právě různorodost jejich nejvíce stresujících a

traumatických zážitků reprezentuje psychickou náročnost této profese jako takové.

Za další nedostatek této práce se dá považovat **absence kontrolní skupiny**. Nicméně, výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, nikoli experimentu, kde by absence kontrol byla závažnější. Navíc, v kontextu výzkumu traumatu se jeví kontrolní skupina jako poněkud problematická. Jak dotazník Impact of event scale–revised, tak Posttraumatic growth inventory–short form, které byly využity v této práci, jsou vztaženy ke konkrétní traumatické zkušenosti, stejně jako převážná většina jiných kvantitativních metod k posouzení symptomů PTSD a posttraumatického růstu, bez jejíhož prožitku se nedají validně vyplnit. Kontrolní netraumatizovaná skupina by tedy neměla v dotazníku o čem vypovídat a porovnání s běžným stresem by nebylo smysluplné. Nabízí se maximálně možnost porovnání s podobnou profesní skupinou, jako například policisty či zdravotníky záchranné služby, což bylo původním záměrem projektu BeSeCu, avšak pro velkou organizační náročnost hraničící s nerealizovatelností od toho bylo ustoupeno. Nicméně, u zmíněných záchranných složek výraznější rozdíly vzhledem k zásahům u podobných událostí příliš neočekáváme. Další eventualitou je srovnání s méně zasaženou skupinou v rámci stejné profese. To je běžnou praxí u studií konkrétních mimořádných událostí velkého rozsahu, kde lze využít např. porovnání méně a více exponovaných osob. U výzkumu rozšířené posttraumatické stavů spojených s běžným výkonem určité profese toto srovnání však nelze příliš smysluplně provést.

9.1.3 Nástroje využité ke sběru dat

Určitá omezení je třeba zmínit i v souvislosti se zvolenými nástroji ke sběru dat. Metody využité v této práci - dotazníky Impact of event scale–revised a Posttraumatic growth inventory–short form, byly součástí komplexního dotazníku pro hasiče – BeSeCu-FR.

Dotazník **BeSeCu-FR** byl vyvinut v anglickém jazyce, z něhož byl přeložen do úředních jazyků všech spolupracujících zemí. Toto mohlo, i přes snahu o minimalizaci případného zkreslení metodou zpětného překladu, ovlivnit původní smysl formulací některých položek, například vlivem rozdílné konotace slov v odlišných jazycích. Některé dotazníkové položky se navíc mohly místy

zdat poněkud těžkopádné vzhledem ke snaze o minimální flexibilitu v překladu v rámci zachování co nejpřesnějšího významu slov. Je třeba zmínit i fakt, že dotazník byl velice komplexní a tím pádem i poměrně dlouhý - čítal 17 stran. To mohlo mít při nižší motivaci za následek jeho neúplné vyplnění či nedokončení, zkrácení, případně od participace a priori odradit, což mohlo přispět k nízké návratnosti vyplněných dotazníků v některých evropských centrech. Diskutabilní se může zdát i použití stejného dotazníku u lidí odlišných národností a kultur. Nicméně, oba dotazníky IES-R i PTGI-SF zahrnuté v BeSeCu-FR, které sloužily jako podklad pro tuto dizertační práci, patří v dané problematice k výzkumně nejrozšířenějším a byly přeloženy do mnoha světových jazyků. V projektu BeSeCu tedy v případě zmíněných dotazníků nebyla použita metoda zpětného překladu, jako tomu bylo v ostatních částech dotazníku BeSeCu-FR, což by zahrnovalo výše uvedená omezení, ale byly využity publikované národní verze obou dotazníků.

Pro zachycení posttraumatické symptomatiky byla zvolena **Impact of event scale-revised** (Weiss, 2004_b) neboli revidovaná škála vlivu události, zaměřená na posouzení míry distresu manifestovaného prostřednictvím symptomů posttraumatické stresové poruchy (dle klasifikace DSM-III-R). Trojici hlavních symptomů PTSD odpovídají i tři subškály IES-R – Vyhýbání (Avoidance), Znovuprožívání (Intrusion) a Zvýšená dráždivost (Hyperarousal). Studie autorů revidované škály (Weiss & Marmar, 1997) i četné výzkumy na odlišných souborech u různých národů prokázaly dobré psychometrické vlastnosti nástroje, a to jak stran vnitřní konzistence subškál i škály jako celku, tak dobrou konstruktovou i obsahovou validitu, pokud je IES-R vhodně použita, tj. je jasně definována konkrétní traumatická zkušenost, která není příliš široká. Nevhodnou definicí by byl například „stres v práci“, protože je nutná jedna konkrétní situace s traumatickým potenciálem, ne jen stresující událost či stres obecně. Rovněž reliabilita nástroje je velmi dobrá. (Pozn.: Psychometrické vlastnosti IES-R, včetně odkazů na další studie, podrobněji in Weiss, 2004_b).

Nutno však dodat, že IES-R je používána spíše pro výzkumné účely, slouží pouze jako screening míry distresu projevovaného skrze vyhýbavé chování, znovuprožívání a zvýšenou dráždivost v posledních sedmi dnech s ohledem na vybavenou traumatickou událost. Stejně jako jiné podobně zaměřené nástroje

pouze ukazuje možné riziko PTSD, nemůže nahradit důkladné klinické posouzení a nelze tedy na jejím základě stanovit diagnózu posttraumatické stresové poruchy (Berninger et al., 2010), jelikož i výzkumně využívané hraniční skóre jsou arbitrární a klinicky je jejich užitečnost sporná. Weissová (2004_b) stanovení hraničních skóre dokonce nedoporučuje, jelikož se domnívá, že různé druhy posttraumatického stresu, např. akutní stresová reakce vs. chronická PTSD, stejně jako různé události nestejně závažnosti, ale též odlišné typy traumatizovaných populací s jinou základní stresovou reaktivitou, např. hasiči vs. sexuálně zneužité ženy, by vyžadovaly odlišné cut off pointy, protože jednotná hranice může být zkreslující. Stejná omezení platí i pro normativní data, která pro populaci traumatizovaných nejsou dosažitelná, avšak prakticky vzato ani užitečná a smysluplná, proto pro nástroje měřící posttraumatický stres ani neexistují. Z výše uvedených limitací ohledně hraničních skóre lze implikovat i omezenou platnost našich výsledků stran rozšíření zvýšeného rizika PTSD v našem souboru hasičů. Vzhledem k jejich spíše nižší základní stresové reaktivitě ve srovnání s obecnou populací zasažených, na nichž je validizována většina nástrojů k měření posttraumatického stresu včetně IES-R, se dá předpokládat, že nepřilíš vysoké skóre hasičů v IES-R a tím pádem i relativně nízký počet osob se zvýšeným rizikem PTSD mohou být zavádějící. Čili dá se říci, že i relativně nevysoké procento hasičů se zvýšeným rizikem PTSD může být závažnější, než na první pohled působí, a zasluhuje pozornost.

Ke zmapování růstu po prožité subjektivně nejvíce stresující události související s výkonem profese hasiče byl zvolen **Posttraumatic growth inventory–short form** (Cann et al., 2010) neboli zkrácená verze inventáře posttraumatického růstu, která vychází z Posttraumatic growth inventory (Tedeschi & Calhoun, 1996). PTGI-SF, stejně jako jeho delší verze PTGI, zahrnuje pět oblastí změny, avšak každá dimenze je u PTGI-SF zjišťována jen pomocí dvou otázek. Nicméně, faktorová analýza potvrdila pěti faktorovou strukturu PTGI-SF, srovnatelnou s PTGI, i jeden faktor vyššího řádu (měřený celkovým skóre). PTGI-SF tedy může být využíván k posouzení jedné či pěti dimenzí posttraumatického růstu, nicméně doporučuje se spíše tam, kde výzkumníky zajímá zejména celkové skóre. Reliabilita inventáře je vysoká, avšak validita, zejména kroskulturní validita pěti faktorového modelu, je poněkud sporná - v odlišných kulturách vycházela u různých jazykových verzí nestejná faktorová struktura (Pozn.:

Psychometrické vlastnosti PTGI-SF podrobněji viz Cann et al., 2010). Validita podobných nástrojů bývá rovněž diskutována v souvislosti s jejich unipolaritou. Kritika bývá zaměřena na to, že zjišťování pouze pozitivních změn může mít vliv na výpovědi ve směru pozitivního zkreslení odpovědí. Nicméně, Calhoun a Tedeschi (2006) shrnují, že dotazník PTGI nekoreluje s dotazníky sociální žádoucnosti, a při použití dalšího dotazníku mapujícího i negativní následky traumatu by k žádnému pozitivnímu zkreslení výpovědí nemělo docházet. Smithová a Cooková (2004) dokonce tvrdí, že současné metody k měření posttraumatického růstu mohou růst podhodnocovat - že otázky přiřazující růst ke specifickému stresoru mohou vést posuzovatele k opatrnosti v přisuzování růstu k dané traumatické zkušenosti a pozitivní zkreslení je tedy nepravděpodobné a hrozí spíše opak. Druhou výtkou je možné bezděčné pozitivní kognitivní zkreslení. Pravdou je, že odlišení skutečného růstu od pozitivní iluze, která může být dotazníkem rovněž zachycena, není jednoduché. Calhoun a Tedeschi (2006) však oponují, že pozitivní sebeobrané zkreslení se objevuje převážně v rané fázi vyrovnávání se s traumatickou zkušeností a z dlouhodobé perspektivy se nejeví jako příliš pravděpodobné.

Měření posttraumatického růstu se dá považovat za poněkud problematické i vzhledem k neshodě mezi autory různých teoretických koncepcí ohledně počtu oblastí, které růst zahrnuje, nebo vzhledem ke způsobu manifestace změn (subjektivní, kognitivní úroveň nebo objektivní změny pozorovatelné v chování jedince). Nicméně četné studie (např. Calhoun & Tedeschi, 2006; Janoff-Bulman, 2004; Laufer & Solomon, 2006; Linley & Joseph, 2004; Shakespeare-Finch & Copping, 2006; Shakespeare-Finch & Enders, 2008; Taku, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2008) dokladují platnost konceptu posttraumatického růstu i nástrojů k jeho měření, kdy je porovnáno sebesouzení „traumatizované osoby“ s posouzením osobou blízkou, pomocí které je růst objektivizován (Pozn.: Validita PTGI podrobně např. in Shakespeare-Finch & Enders, 2008). S ohledem na metodologickou čistotu i porovnatelnost s ostatními studii, které převážně používají spíše celkové skóre PTGI či PTGI-SF, případně odlišný dotazník posttraumatického růstu, zahrnující kromě celkového skóre jiný počet dimenzí růstu, bylo v této dizertační práci použito při mapování posttraumatického růstu pouze celkové skóre. Relativní nevýhodou PTGI i PTGI-SF je, že nemá hraniční skóre či jiné měřítko stanovující minimální bodovou hranici, od kdy je možno

hovořit o posttraumatickém růstu. Vzhledem k nesnadné uchopitelnosti tohoto konceptu by však podobná hranice nebyla příliš smysluplná výzkumně ani prakticky.

Obecně vzato je samozřejmě **společnou nevýhodou obou nástrojů**, IES-R i PTGI-SF, jejich sebeposuzovací charakter, kdy jsou výpovědi ohledně posttraumatických stavů závislé na vnímání a hodnocení samotných osob. Tedy kromě již výše diskutovaných omezení jsou závislé na schopnosti participantů dané stavy posoudit, což závisí na úrovni jejich sebereflexe a především na ochotě a motivaci ke spolupráci. Užitečné by bylo objektivní posouzení druhými osobami, například rodinnými příslušníky či blízkými kolegy, zejména co se týče pozorovaných pozitivních změn, tzn. posttraumatického růstu, což však při již tak velkém rozsahu studie BeSeCu nebylo možno realizovat, na rozdíl od jiných, převážně validizačních, studií na menších souborech jedné národnosti. Na druhou stranu ale dotazníky umožnily sebrání dat od mnoha účastníků, což by při pečlivějším kvalitativním přístupu nebylo možné. Navíc, oba nástroje jsou objektivní ve smyslu kategorizovaných možností odpovědí, což minimalizuje ovlivnění examinátorem při administraci i vyhodnocení dat.

9.2 Zjištěné výsledky a jejich interpretace

Níže jsou popsána hlavní zjištění ohledně posttraumatického stresu a posttraumatického růstu a jejich vztahu u souboru českých a evropských hasičů. Výsledky jsou porovnány s dostupnými relevantními studiemi a diskutovány jsou i nalezené rozdíly mezi českými a evropskými hasiči.

9.2.1 Posttraumatický stres

V rámci měřeného posttraumatického stresu v souvislosti s výkonem profese hasiče bylo sledováno, zda čeští a evropští příslušníci vykazují symptomy posttraumatické stresové poruchy podle triády charakteristických symptomů i celkové míry posttraumatického stresu, a zda je v tomto ohledu mezi soubory rozdíl (hypotéza 1 – 4). V podrobnější analýze bylo pak mapováno, jaká je v českém a evropském souboru prevalence zvýšeného rizika PTSD - opět dle

jednotlivých symptomů i celkové míry posttraumatického stresu, a zda je rozdíl mezi českými a evropskými hasiči. Výchozím předpokladem bylo, že čeští hasiči se od evropských z hlediska posttraumatického stresu neliší, tedy že míra i prevalence posttraumatické stresové poruchy, respektive zvýšeného rizika PTSD, je dle obou měřítek srovnatelná. Zvýšené riziko PTSD bylo stanoveno podle příslušných hraničních skóre nástroje IES-R a značí dosažení takové bodové výše, která signalizuje klinicky významný výskyt symptomů a suspektní diagnózu posttraumatické stresové poruchy. Posttraumatickou stresovou poruchu, stejně jako ostatní duševní poruchy, však nelze diagnostikovat pouze na základě sebeposuzovacího dotazníku, proto je v textu této práce používána formulace „zvýšené riziko PTSD“ namísto PTSD. Při odkazech na výsledky ostatních prací je však používána autory uváděná formulace této proměnné, tedy i PTSD.

Míra symptomů vyhýbání, dle srovnání průměrů dosažených bodů na příslušné subškále škály měřící symptomy posttraumatické stresové poruchy, byla u českých hasičů ($M=4,7$; čemuž po přepočtení odpovídá průměr na položku 0,6) i evropských hasičů ($M=4,3$; čemuž odpovídá průměr na položku 0,5) obdobná. Rovněž při porovnání prevalence zvýšeného rizika PTSD dle symptomů vyhýbání nebyl mezi soubory nalezen statisticky významný rozdíl: v českém souboru vykazovalo rizikovou míru symptomů 7,8% hasičů a v evropském souboru 11,3% hasičů. Vyhýbání bylo u českých hasičů nejčastěji uváděným a nejvýše skórovaným symptomem, u evropských hasičů bylo vyhýbání těsně na druhém místě. Zjištěné výsledky jsou obdobné jako výstupy některých zahraničních studií - téměř srovnatelná míra symptomů vyhýbání byla nalezena u izraelských hasičů měsíc po Carmelském požáru (průměr na položku 0,7) (Leykin et al., 2013) a u policistů ze středozápadu USA v souvislosti s běžnou pracovní zátěží (průměr na položku 0,8) (Chopko, 2010), přičemž v obou případech bylo vyhýbání druhým nejvíce reportovaným symptomem. Dvojnásobně vyšší hodnoty vyhýbání ($M=9,6$) byly sledovány u záchranářů zasahujících při zemětřesení v Turecku, kde bylo vyhýbání nejčastěji uváděným symptomem (Cetin et al., 2005), nebo u amerických hasičů zasahujících po útoku na World Trade Center, z nichž vykazovalo klinicky signifikantní symptomy vyhýbání 16,8% – 20,3% a vyhýbání bylo naopak nejméně reportovaným symptomem (Berninger et al., 2010).

Míra symptomů znovuprožívání, dle srovnání průměrů dosažených bodů na příslušné subškále, byla u českého souboru ($M=4,0$; čemuž odpovídá průměr na položku 0,5) ve srovnání s evropským ($M=4,7$; čemuž odpovídá průměr na položku 0,6) statisticky významně nižší. Stejně tak prevalence zvýšeného rizika PTSD dle symptomů znovuprožívání byla u českých hasičů oproti evropským kolegům signifikantně nižší: zatímco čeští hasiči vykazovali rizikovou míru symptomů ve 4,1% případů, v evropském souboru byla prevalence 11,4%, tedy téměř trojnásobně vyšší. V českém souboru bylo znovuprožívání druhým nejvíce uváděným symptomem, v evropském souboru bylo na prvním místě. Zjištěné výsledky jsou, podobně jako je tomu v případě symptomů vyhýbání, nejbližše srovnatelné s prací Leykina a kolegů (2013) a Chopka (2010), kteří ve svých souborech hasičů a policistů našli o něco vyšší míru symptomů znovuprožívání (průměr na položku 0,9), které bylo nejčastěji reportovaným symptomem. Dvakrát vyšší hodnoty znovuprožívání ($M=9,0$) byly opět zjištěny ve studii záchranářů Cetina a kolegů (2005), a podobně, ještě vyšší ve studii Berningerové et al. (2010), kteří referovali klinicky signifikantní prevalenci symptomů znovuprožívání u 32,6% – 39,3% hasičů, tedy trojnásobně vyšší než u našeho souboru evropských hasičů a téměř devítinásobně vyšší než u českých hasičů.

Míra symptomů zvýšené dráždivosti, dle srovnání průměrů dosažených bodů na příslušné subškále, byla u českých hasičů ($M=1,8$; čemuž odpovídá průměr na položku 0,3) oproti evropským ($M=2,3$; čemuž odpovídá průměr na položku 0,4) statisticky významně nižší. Nižší byla u českých hasičů i prevalence zvýšeného rizika PTSD dle symptomů zvýšené dráždivosti. V českém souboru vykazovala rizikovou míru symptomů „pouze“ 2,0% hasičů, zatímco v evropském souboru to bylo 7,6% hasičů, tedy téměř čtyřikrát více. Shodně v českém i evropském souboru byla zvýšená dráždivost nejméně uváděným symptomem. Zjištěné výsledky jsou nižší než ve všech dostupných pracích umožňujících srovnání. Leykin s kolegy (2013) referovali u hasičů měsíc po Carmelském požáru, obdobně jako Chopko (2010) u policistů, 1,5-2x vyšší míru symptomů zvýšené dráždivosti (průměr na položku 0,6). Záchranáři zasahující při zemětřesení v Turecku referovali zhruba čtyřikrát vyšší symptomy zvýšené dráždivosti ($M=9,1$) (Cetin et al., 2005), a ještě mnohonásobně vyšší hodnoty zvýšené dráždivosti byly reportovány hasiči po útoku na World Trade Center, u

nichž Berningerová a kolegové (2010) našli klinicky významnou prevalenci u 45,9 – 53,3% případů, přičemž zvýšená dráždivost byla nejčastějším symptomem.

Celková míra posttraumatického stresu, dle srovnání průměrů celkového skóru škály měřící symptomy posttraumatické stresové poruchy, byla u českých i evropských hasičů obdobná ($M_{CZ}=10,5$; $M_{EU}=11,3$). Rozdíl však byl nalezen při porovnání souborů z hlediska prevalence zvýšeného rizika PTSD. Zatímco v českém souboru vykazovalo rizikovou míru posttraumatického stresu pouze 1,7% hasičů, v evropském souboru to bylo celých 8,1% hasičů, tedy 4x více. Prevalence zvýšeného rizika PTSD u evropských hasičů je srovnatelná s některými zahraničními pracemi zaměřenými na posttraumatický stres vykazovaný hasiči vzhledem k běžné pracovní zátěži, jako např. studii Regehra a kolegů (2001), kteří referovali PTSD u 7% hasičů nebo Chena et al. (2007), kteří uvádějí prevalenci 10,5%. Srovnatelná rizikovitost PTSD byla nalezena u vojáků po návratu ze zahraničních misí, např. Klose (2009) referoval rizikovou míru PTSD u 6% – 11% českých vojáků, Stellman s kolegy (2008) u 11% amerických vojáků. Nicméně, existují i studie dokladující u hasičů až 2x vyšší prevalenci PTSD v důsledku běžné pracovní zátěže (např. Wagner et al., 1998). Podobná data je možno nalézt i u studií vztahených ke konkrétním mimořádným událostem velkého rozsahu, kde jsou uváděné prevalence PTSD ještě širší a pohybují se zhruba v rozmezí 4,6% (Slottje et al., 2008) až 22% (Chang et al. 2008; „Health hazard“, 2006) u hasičů, případně v rozmezí 5,8% (Cukor et al., 2011) až 19,7% (Bills et al., 2009) u profesionálních záchranářů a dalších profesí zasahujících u mimořádných událostí. Naproti tomu, výskyt zvýšeného rizika PTSD u českého souboru hasičů je nízký i ve srovnání se zahraničními studiemi s nejnižšími prevalencemi, a je spíše blíže studiím, které negativní psychické následky pracovního stresu u hasičů nenalezly nebo jen v malé či žádné míře. Například Lalié s kolegy (2007) referovali, že hasiči netrpí negativními účinky stresu. K relativně obdobnému zjištění došla i Sperlingová (2013) u souboru hasičů z Přerova, z nichž pouze 2% referovala vysokou míru stresu, 49% střední míru stresu a 49% minimální míru stresu. Nešlo však přímo o posttraumatickou symptomatiku, ale o míru vnímaného pracovního stresu v Inventáři pracovního stresu, což je tedy s výsledky předkládané práce srovnatelné jen omezeně, i když procentuální porovnání s našimi daty vcelku odpovídá. Zajímavé je i porovnání s obecnou populací. Zatímco prevalence zvýšeného rizika PTSD u českých hasičů

v podstatě odpovídá uváděné roční prevalenci PTSD v české populaci (Raboch a Zvolský, et al., 2001, uvádějí rozmezí 1 – 9%), hodnoty zjištěné u evropských hasičů jsou vyšší oproti českým hasičům i uváděné roční prevalenci pro Evropu, která se pohybuje v rozmezí 0,9 až 1,3 % (Wittchen & Jacobi, 2005).

Jak lze implikovat z výše uvedeného, prevalence posttraumatické symptomatiky u hasičů a jiných záchranářů a podobných profesí se napříč studii dosti různí, což lze přisuzovat do velké míry nestejně metodologii jednotlivých studií. Jedním z rozdílů je použití odlišných nástrojů k měření posttraumatického stresu. Významnou měrou k rozdílným výsledkům pravděpodobně přispívá nestejně zaměření z hlediska hloubky i typu posttraumatických a stresových poruch. Některé studie měří jen akutní stresovou reakci, jiné posttraumatickou stresovou poruchu, avšak i zde je rozdíl. Zatímco některé práce pojednávají o stavech plně splňujících kritéria PTSD, čili využívají i klinické zhodnocení, jiné referují o zvýšeném riziku PTSD dle hraničního skóre daného screeningového nástroje, převážně sebesuzovacího. Neméně důležitou proměnnou, která může značně ovlivnit druh měřené poruchy i míru symptomů, je časové hledisko, tj. doba uplynulá od traumatické zkušenosti, která se ve studiích velmi liší – od týdnů přes měsíce po roky po traumatické zkušenosti. Porovnatelnost výsledků jednotlivých studií je rovněž komplikována zaměřením na nestejný charakter zkoumané problematiky. Některé práce u profesionálních záchranářů a podobných profesí jsou orientovány na výzkum konkrétních potenciálně traumatizujících událostí velkého rozsahu, jiné naopak na psychickou náročnost a následky spojené s výkonem vybrané profese jako takové, kdy účastníci hodnotí subjektivně psychicky nejnáročnější událost namísto určeného traumatu. Vzhledem k těmto okolnostem se tedy inkonzistence výsledků napříč různými studii jeví jako přirozená a srovnání má menší výpovědní hodnotu.

Míra jednotlivých symptomů PTSD i celkového posttraumatického stresu zjištěná v této práci byla s některými zahraničními studii obdobná, zejména u dat ze souboru evropských hasičů, oproti jiným byla naopak nižší, což může souviset se zmíněnými rozdíly v metodologii. Překvapivé jsou však některé rozdíly nalezené v rámci srovnání českého a evropského souboru. Podobně vysoká byla průměrná míra symptomů vyhýbání i celková míra posttraumatického

stresu. I prevalence zvýšeného rizika PTSD dle symptomů vyhýbání byla u českých a evropských hasičů obdobná. Rozdíl však byl nalezen při porovnání souborů z hlediska rozšířenosti zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, která byla v českém souboru menší. Rovněž průměrná míra symptomů znovuprožívání a zvýšené dráždivosti byla u českých hasičů oproti evropským nižší, stejně tak prevalence zvýšeného rizika PTSD dle obou symptomů. Relativně nízká míra stresu u českých hasičů je v souladu s výzkumem Sperlingové (2013), která u svého souboru hasičů z Přerova referovala nevyšokou míru s prací spojeného stresu - pouze 2% hasičů referovala vysokou míru stresu.

V obecné rovině může u hasičů nižší míra posttraumatického stresu i prevalence zvýšeného rizika PTSD souviset s mnoha faktory. Hasiči vykazují ve srovnání s obecnou populací vyšší psychickou odolnost spojenou s nižší mírou neuroticismu a osobnostními charakteristikami jako je vyšší frustrační tolerance, integrita osobnosti, resilience, vnitřní místo řízení, hardiness a dispoziční optimismus (Alvarez & Hunt, 2005; Hagh-Shenaz et al., 2005; Chaloupka et al., 1998; Chen et al., 2007; Lalié et al., 2007; Oginska-Bulik, 2005). Dobrá psychická odolnost hasičů může odrážet výběr (samovýběr i výběr nadřízených) vhodných jedinců pro výkon této profese, a rovněž efekt otužování a habituace během služby (North et al., 2002). Hasiči navíc procházejí náročnou fyzickou přípravou, výcvikem a vzděláváním, což zvyšuje odolnost a připravenost na náročné události, snižuje jejich negativní dopady, a ve spojení s výše jmenovanými osobnostními charakteristikami může napomáhat předcházet či přispívat k úzdravě PTSD (Alvarez & Hunt, 2005). Navíc díky pravidelné fyzické přípravě a cvičení mají hasiči možnost určitou míru stresu odreagovat, což se jeví jako významné (Alvarez & Hunt, 2005; Berninger et al., 2010; Lalié et al., 2007). Rovněž se ukazuje, že hasiči disponují vhodnými copingovými strategiemi a účinně tak zvládají stres (Hagh-Shenaz et al., 2005; Lalié et al., 2007; Sperlingová, 2013). Wray (2015) poukazuje na to, že hasiči ovládají tzv. flexibilitu regulační volby – jsou schopni flexibilně zvolit vhodnou strategii autoregulace emocí. Například, při událostech s vysokým traumatogenním potenciálem nebo prostě tam, kde si emoce nemohou dovolit prožívat - tj. při zásahu, kde nastupují automatické reakce, tzv. autopilot (Daniš, 2006), volí strategii rozptýlení či odpojení (Wray, 2015), případně strategii vyhýbání se stresu

(Lalié et al., 2007). Ty jsou v podstatě formou vyhýbavého chování, které se však v těchto případech ukazuje jako adaptivní (Wray, 2015). K nižší míře posttraumatického stresu může přispívat i systém řízení a zvládání krizových událostí (Critical incident stress management / CISM), z něhož může vyplývat pracovní spokojenost, související s dobrým pracovním klimatem, podporou nadřízených a kolegů (Argentero & Setti, 2011; North et al., 2002; Oginska-Bulik, 2013; Settler et al., 2014) i smysluplností práce (Lalié et al., 2007), kterou hasiči vnímají jako poslání, které je naplňuje (Sperlingová, 2013).

Většina těchto charakteristik by však měla být u hasičů, jakožto příslušníků stejné profesní skupiny s předpokládanou vysokou psychickou odolností, podobným výcvikem a pracovními zkušenostmi, obdobná. Přesto byly mezi českým a evropským souborem nalezeny rozdíly. Srovnání průměrných skóre dosažených v dotazníku nemá pro praxi příliš vysokou výpovědní hodnotu a bylo zde využito pro porovnatelnost s ostatními studii, které výsledky v této podobě většinou uvádějí (tj. průměry na položku, subškálu či škálu). Zajímavé je však srovnání odlišných prevalencí zvýšeného rizika PTSD u českých a evropských hasičů. Odlišnosti v jednotlivých symptomech PTSD, konkrétně ve znovuprožívání a zvýšené dráždivosti, by mohly hypoteticky souviset do určité míry s kulturními rozdíly. Ty však v této studii nebyly vzhledem k omezením stran sběru dat a souboru zkoumány. Rozdílná prevalence zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, avšak i rozdílná míra, resp. druh symptomů, může odrážet i případné mezinárodní nuance ve výcviku a vzdělávání (které by se však nemělo příliš lišit), respektive především v systému psychosociální péče hasičských záchranných sborů v jednotlivých zemích. Posttraumatická intervenční péče, stejně jako vzdělávání ohledně zvládání zátěže i posttraumatických stavů je v České republice na velmi vysoké úrovni, velkou měrou právě díky systému CISM, který byl u českých záchranných složek zaveden mezi prvními ve východní Evropě. Mezi českými hasiči panuje otevřenost a podpora mezi kolegy i nadřízenými, kteří jsou v CISM rovněž proškoleni (Daniš, 2006). Úroveň posttraumatické péče mezi jednotlivými participujícími evropskými zeměmi nebyla v této práci ani v projektu BeSeCu prozkoumána a nelze tedy podloženě konstatovat, že souvisí s nalezenými rozdíly. Nositelem rozdílů v míře i druhu posttraumatické symptomatiky mezi českým a evropským souborem, resp. mezi jednotlivými zeměmi, by mohlo být i odlišné

rozložení typů hasiči uváděných nejvíce stresujících pracovních událostí (viz příloha 3), které do jisté míry odráží i běžnost zásahů u uvedených mimořádných událostí v dané zemi. Avšak ve všech zemích, kromě Velké Británie, kde převažovaly bytové požáry, byly jako nejvíce stresující nejčastěji uváděny zásahy u dopravních nehod. Procentupení zastoupení ostatních typů událostí - požár ve veřejné budově, teroristický útok, bytový požár - bylo obdobné, vyjma záplav, které byly více uváděny českými a polskými hasiči, a zemětřesení, jenž výrazně převažovalo u italských hasičů. Vztah posttraumatické symptomatiky a posttraumatického růstu s typem nejvíce stresující události a jejími okolnostmi nebyl nakonec v této práci zkoumán.

V neposlední řadě je nutno na tomto místě zmínit možnost zkreslení výsledků, respektive statistické významnosti nalezených rozdílů, chybami vyplývajícími z velikosti souborů. Při obecném porovnání hasičů z hlediska posttraumatické symptomatiky dle dosažených průměrných skóre v IES-R mohly být výsledky ovlivněny chybou 1. druhu, tedy falešně pozitivním zkreslením - nalezením signifikantních rozdílů díky velkému souboru tam, kde ve skutečnosti nejsou. To může být pravdou vzhledem k nevelkým rozdílům mezi průměrnými hodnotami, které však byly statisticky významné. Naopak v případě srovnávání subsouborů s hraničním a vyšším skóre v IES-R, tedy hasičů se zvýšeným rizikem PTSD, nelze vyloučit chybu 2. druhu, tedy falešně negativní zkreslení - nenalezení statisticky významných výsledků kvůli nízkému počtu osob v tomto českém subsouboru, což se však vzhledem k procentuálnímu porovnání nezdá příliš pravděpodobné.

9.2.2 Posttraumatický růst

V rámci měřeného posttraumatického růstu v souvislosti s výkonem profese hasiče bylo sledováno, zda u účastníků dochází k posttraumatickému růstu, a zda je v tomto ohledu rozdíl mezi souborem českých a evropských hasičů. V podrobnější analýze bylo rovněž zkoumáno, jaká je míra posttraumatického růstu u hasičů se zvýšeným rizikem PTSD, a opět, zda existují odlišnosti mezi českými a evropskými hasiči. Bylo předpokládáno, že čeští hasiči se od evropských v míře posttraumatického růstu neliší (hypotéza 5), avšak kdyby tomu

tak bylo, rozdíl se výrazně oslabí při rozdělení obou souborů z hlediska výše traumatizace, tzn., že míra posttraumatického růstu u hasičů se zvýšeným rizikem PTSD bude obdobná neohledně na národnost (resp. CZ vs. EU soubor).

Při porovnání obou vzorků z hlediska celkové míry posttraumatického růstu, dle srovnání průměrů celkového skóre inventáře měřícího posttraumatický růst, byl nalezen statisticky významný rozdíl. Vyšší posttraumatický růst byl nalezen u českých hasičů ($M=16,7$; čemuž odpovídá průměr na položku 1,67) oproti evropským kolegům ($M=12,4$; čemuž odpovídá průměr na položku 1,24). Tomuto zjištění odpovídá i odlišné rozložení míry, resp. velikosti pocíťovaných (dle formulace v inventáři prožitých) pozitivních změn v důsledku nejvíce stresující pracovní události. Více jak polovina (59,9%) českých hasičů referovala pozitivní změny v nízké míře, necelá třetina (29,4%) ve střední míře a 10,6% ve vysoké míře. V evropském souboru bylo rozložení pozitivních změn odlišné. Nízkou míru změn uvedlo 79,5%, střední míru 15,7% a vysokou míru 4,9% hasičů. Nalezené hodnoty posttraumatického růstu u českých a evropských hasičů jsou ve srovnání s ostatními nemnohými studii mapujícími posttraumatický růst u hasičů či záchranářů vzhledem k subjektivně nejvíce stresující pracovní události nižší, přičemž data z českého souboru se jim blíží více. Studie polských hasičů, policistů a zdravotníků uváděla nízkou míru posttraumatického růstu u 40%, střední míru u 34,5% a vysokou míru u 25,8% záchranářů (Oginska-Bulik, 2013). Ještě vyšší hodnoty pozitivních změn byly naměřeny u zdravotníků záchranné služby, kdy nízkou míru uvedlo jen 24%, střední míru celých 52% a vysokou míru 24% záchranářů (Shakespeare-Finch et al, 2003). Nejvíce se výsledky zjištěné v této práci blíží studii Leykinové s kolegy (2013), kteří u izraelských hasičů měsíc po Carmelském požáru zjistili malou míru posttraumatického růstu (průměr na položku 2,06), a diplomové práci Ďurčkové (2013), která u souboru středočeských hasičů našla obdobnou míru pozitivních změn (průměr na položku 2,15). O něco vyšší posttraumatický růst, odpovídající malé až střední míře pozitivních změn, byl sledován i u vojáků. U účastníků amerických vojenských operací v Iráku a Afgánistánu byl průměr na položku 2,48 (Lee, Luxton, Reger, & Gahm, 2010), u českých vojáků po zahraničních misích byl průměrný skóre na položku 2,33 u bojovníků a 2,64 u zdravotníků (Krutiš et al., 2010). U policistů průměrná míra posttraumatického růstu odpovídala střední míře (průměr na položku 2,9) (Chopko, 2010).

Otázkou je, do jaké míry jsou hodnoty posttraumatického růstu naměřené v této studii oproti uvedeným zahraničním studiím opravdu nízké, a jakou roli ve zvýraznění nalezeného rozdílu může hrát použitá kategorizace míry pozitivních změn. Zahraniční studie výši posttraumatického růstu rozdělují do 3 kategorií: nízká míra, střední míra a vysoká míra. Neuvádějí ovšem, jak byly tyto kategorie extrahovány z původních šesti možností odpovědí (0-žádná změna, 1-velmi malá míra změny, 2-malá míra změny, 3-střední míra změny, 4-značná míra změny, 5-velmi značná míra změny). Za předpokladu, že nízká míra změny zahrnuje body 0-2, střední 3, a vysoká míra 4-5, jak byly hodnoceny i výsledky zjištěné v této dizertační práci, jsou hodnoty posttraumatického růstu českých i evropských hasičů ve srovnání s ostatními studii poměrně nízké. Avšak při použití širšího měřítka kvantifikace pozitivních změn se rozdíly mezi výsledky této práce a zmíněnými studii Oginske-Bulik (2013) a Shakespeare-Finche et al. (2003) zdají být o něco méně výrazné. V českém souboru nepocítilo žádnou změnu či jen velmi malou míru změny 34,4%, malou míru změny 25,5%, střední míru změny 29,4%, značnou míru změny 9,9% a velmi značnou míru změny referovalo 0,7% hasičů; v evropském souboru uvedlo žádnou změnu či jen velmi malou míru změny 52%, malou míru změny 27,5%, střední míru změny 15,7%, značnou míru změny 4,5% a velmi značnou míru změny referovalo 0,4% hasičů.

Nepříliš snadná je i interpretace nalezených rozdílů v míře posttraumatického růstu mezi českými a evropskými hasiči. Mohly by souviset s některými rozdíly v sociodemografické charakteristice – soubory se lišily z hlediska vzdělání, náboženského vyznání a formy pracovního poměru. Například spiritualita je jednou z dimenzí posttraumatického růstu dle Tedeschiho a Calhouna (1996) a koreluje s posttraumatickým růstem pozitivně (Oginska-Bulik, 2013), a přestože není totožná s vírou ve smyslu náboženského vyznání, nabízí se předpoklad, že u věřících oproti ateistům bude posttraumatický růst vyšší. To ale v našem souboru nebylo sledováno - v českém souboru, kde byl zjištěn vyšší růst, převažovali ateisté. Co se týče formy pracovního poměru, český soubor byl tvořen výhradně profesionálními hasiči, u kterých lze oproti dobrovolným hasičům či studentům požární školy zahrnutým v evropském souboru předpokládat častější kontakt s potenciálně traumatickými zážitky a tedy více zážitků s růstovým potenciálem, který u nich byl skutečně vyšší. Ašak rovněž lze u profesionálů očekávat vyšší psychickou odolnost, která s posttraumatickým

růstem souvisí spíše negativně (viz níže). Naopak vliv vzdělání na posttraumatický růst se ukázal jako nevýznamný (Ďurčková, 2013; Krutiš et al., 2010). Nabízí se i otázka kulturních rozdílů - Gallaway a kolegové (2011) referovali ve svém souboru válečných veteránů rozdíly z hlediska etnicity, avšak porovnávali Evropany, Afroameričany, Hispánce a Asiaty, tedy podstatně kulturně pestřejší soubory než tomu bylo v této práci, kde výraznější kulturní rozdíly v rámci Evropy tolik neočekáváme - práce však vzhledem ke svým omezením důkladné mezinárodní srovnání bohužel neumožňuje.

Bylo zjištěno, že vyšší posttraumatický růst souvisí s pozitivním pracovním klimatem, flexibilním a konzultačním manažerským stylem a podporou nadřízených (Paton, 2006) i sociální podporou kolegů (Ďurčková, 2013; Oginska-Bulik, 2013; Paton, 2006). Přestože spokojenost v zaměstnání ani zmíněné faktory nebyly v této práci ani v rámci projektu BeSeCu sledovány, je možné, že čeští hasiči pracují v prostředí, kde jsou facilitující faktory růstu lépe zastoupeny. Možná je i interpretace lepšího zvládnutí zátěže českých hasičů díky dobré přípravě, průběžnému vzdělávání a zejména kvalitní posttraumatické intervenční péči - jinými slovy, díky velmi dobře fungujícímu managementu systému péče, což však nebylo v této práci ověřeno a je tak pouhou domněnkou. Nalezené rozdíly však kvalitativně vzato nejsou příliš významné - průměrné položkové skóre českých (1,67) i evropských (1,24) hasičů spadá pod podobnou kategorii hodnocení výše posttraumatických změn – odpovídá velmi malé či malé míře změn. Přičemž stejně jako v případě posttraumatického stresu ani zde nelze vyloučit možnost ovlivnění výsledků chybou 1. druhu. Vzhledem k naměřeným hodnotám a jejich významnému rozdílu se dokonce zdá falešně pozitivní zkreslení statistické významnosti pravděpodobné.

Nepříliš vysoká míra zjištěného posttraumatického růstu u českých i evropských hasičů je v souladu s předpokladem jejich vysoké psychické odolnosti. Mnozí autoři (například Brockhouse et al., 2011; Hobfoll et al., 2007; Kleim & Ehlers, 2009; Krutiš et al., 2010; Levine et al., 2009) uvádějí negativní vztah mezi posttraumatickým růstem a různými osobnostními charakteristikami souvisejícími s odolností vůči zátěži, jako je např. resilience, sense of coherence (integrita osobnosti) a self-efficacy (vnímaná vlastní zdatnost) apod. Aby mohlo k posttraumatickému růstu vůbec dojít, předpokládá se „psychické zemětřesení“

neboli otřes dosavadního vnímání sebe a světa následkem traumatického prožitku, kterému se následně jedinec snaží přiřadit význam (Calhoun & Tedeschi, 2006). Vysoce odolní lidé však mohou být prožitými traumaty méně otřeseni (Krutiš et al., 2010; Levine et al., 2009), případně mají díky bazálně vyšší integritě méně prostoru pro růst (Hobfoll et al., 2007).

Důležitým faktorem je i míra posttraumatické symptomatiky. Při srovnání českých a evropských hasičů se zvýšeným rizikem posttraumatické stresové poruchy totiž nebyl nalezen významný rozdíl, respektive míra posttraumatického růstu, dle srovnání průměrů celkového skóre PTGI-SF, byla u českých ($M=20,2$) i evropských ($M=20,5$) hasičů téměř totožná a vyšší, než průměrné skóre nehledě na výši posttraumatického stresu. Míra rozložení, resp. velikost pocíťovaných změn v důsledku nejvíce stresující pracovní události, byla u obou souborů při užší kategorizaci rovněž srovnatelná. V českém souboru sice opět nadpoloviční většina (60%) hasičů uvedla nízkou míru změn, avšak 20% referovalo střední míru a dokonce 20% vysokou míru pozitivních změn. Podobné rozložení bylo nalezeno i v evropském souboru - jen 63,4% uvedlo nízkou míru, 26,8% střední míru a 9,7% vysokou míru posttraumatického růstu. Míra posttraumatického růstu u evropských hasičů se zvýšeným rizikem PTSD byla tedy výraznější, než když výše posttraumatického stresu nebyla v evropském souboru brána v potaz, a rovněž rozložení výši pozitivních změn bylo srovnatelné s českým souborem hasičů se zvýšeným rizikem PTSD. Výsledky této podrobnější analýzy se navíc více blíží zjištěním zahraničních studií Oginske-Bulik (2013) a Shakespeare-Finche a kolegů (2003), s nimiž jsou rozložení velikostí pozitivních změn po zohlednění míry posttraumatického stresu takřka srovnatelné, což dokládá důležitost této proměnné.

9.2.3 Vztah mezi posttraumatickým stresem a růstem

Vzhledem k odlišným zjištěním různých studií ohledně vztahu mezi posttraumatickým stresem či PTSD a posttraumatickým růstem, které jsou navíc převážně orientovány na zasažené/oběti mimořádných a jiných traumatických událostí, a v ještě menší míře jsou v tomto ohledu věnovány posttraumatické stresové poruše podrobně (tj. jejím jednotlivým symptomům), bylo jednou z výzkumných otázek (k níž se vztahují hypotézy 6 - 9) předkládané práce i toto

téma. O vztahu mezi PTSD a posttraumatickým růstem u souboru evropských hasičů, včetně českých, kteří byli zahrnuti v evropském souboru, bylo již referováno v jiné práci, kde byl nalezen jak lineární, tak kurvilineární vztah (blíže viz Kehl, Knuth, Holubová et al., 2014), nicméně tato práce byla zaměřena primárně na vliv času na obě proměnné, přičemž vzhledem k PTSD byla sledována jen celková míra posttraumatického stresu. Naproti tomu předkládaná práce sleduje míru posttraumatického stresu podrobněji a mapuje ji rovněž dle hlavních symptomů PTSD (vyhýbání, znovuprožívání, zvýšená dráždivost), a to i ve vztahu k posttraumatickému růstu. Ověřován byl předpoklad, zda jednotlivé symptomy PTSD i celková míra posttraumatického stresu u českých i evropských hasičů souvisí s posttraumatickým růstem. Vzhledem k absenci podobných studií u hasičů a jejich minimu i u dalších příslušníků záchranných složek jsou na tomto místě pro srovnání využita i data od zasažených různými traumatickými událostmi, přestože je takové porovnání přirozeně limitované.

Mezi **symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem** byl nalezen sice slabý, přesto statisticky významný pozitivní vztah u českých ($r=0,29$) i evropských ($r=0,30$) hasičů. U obou souborů se jednalo o druhou nejslabší korelaci. Nejblíže porovnatelný vztah ($r=0,28$) mezi vyhýbáním a posttraumatickým růstem byl nalezen u účastníků dopravních nehod, kde však byla ve srovnání s ostatními symptomy PTSD korelace mezi vyhýbáním a posttraumatickým růstem nejsilnější (Nishi et al., 2010). Podobný, i když o něco slabší vztah ($r=0,21$) mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem byl sledován i u policistů, kde podobně jako v našem souboru patřilo vyhýbání k nejslaběji korelujícím symptomům (Chopko, 2010). Ještě slabší, přesto stále statisticky významný pozitivní vztah ($r=0,15$) byl nalezen i u australských studentů (Morris, Shakespeare-Finch, Rieck, & Newbery, 2005). Naopak u souboru klinických pacientů po traumatech různého druhu před terapeutickou intervencí byl nalezen slabý negativní vztah ($r=-0,32$) mezi symptomy vyhýbání a posttraumatickým růstem (Hagenaars & van Minnen, 2010).

Mezi **symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem** byl rovněž nalezen slabý, avšak signifikantní pozitivní vztah u českých ($r=0,26$) i evropských ($r=0,32$) hasičů. U českých hasičů se jednalo o proměnnou s nejslabším vztahem k posttraumatickému růstu, u evropských naopak o druhou

nejsilnější. Podobný vztah ($r=0,29$) mezi symptomy znovuprožívání a posttraumatickým růstem referoval i Chopko (2010) u svého souboru policistů, kde bylo znovuprožívání dokonce nejsilněji korelujícím symptomem PTSD. Studie obětí nabízejí o něco heterogennější výsledky. Zatímco u australských studentů byl mezi znovuprožíváním a posttraumatickým růstem nalezen nejsilnější pozitivní vztah ($r=0,44$) ze všech symptomů PTSD (Morris et al, 2005), u účastníků dopravních nehod nalezený pozitivní vztah ($r=0,10$) signifikantní nebyl (Nishi et al., 2010), stejně jako u klinických pacientů po různých traumatech nebyl sledovaný negativní vztah ($r=-0,12$) signifikantní (Hagenaars & van Minnen, 2010). Naopak v práci Stocktona, Hunta a Josepha (2011) byl mezi znovuprožíváním a posttraumatickým růstem nalezen významný negativní vztah ($r=-0,19$).

Mezi **symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem** byl nalezen také slabý, ale statisticky významný pozitivní vztah u českých ($r=0,33$) i evropských ($r=0,29$) hasičů. Zatímco u českých hasičů se jednalo o nejsilněji korelující faktor, spolu s celkovou mírou PTSD, u evropských byl vztah mezi zvýšenou dráždivostí a posttraumatickým růstem naopak nejslabší. Podobně tomu bylo u policistů, kde byl vztah ($r=0,24$) mezi zvýšenou dráždivostí a posttraumatickým růstem jen o něco nižší než u našeho souboru evropských hasičů a tento symptom rovněž patřil k nejméně korelujícím proměnným (Chopko, 2010). Slabý, i když ve srovnání s hasiči i policisty vyšší, pozitivní vztah ($r=0,37$) byl sledován i u australských studentů (Morris et al, 2005). Pozitivní, i když nižší a již nevýznamný vztah ($r=0,17$) mezi symptomy zvýšené dráždivosti a posttraumatickým růstem byl nalezen u účastníků dopravních nehod (Nishi et al., 2010). U klinických pacientů před terapeutickou intervencí byl, naproti tomu, opět nalezen nesignifikantní negativní vztah ($r=-0,20$) (Hagenaars & van Minnen, 2010).

Mezi **celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem** byl rovněž nalezen slabý, přesto signifikantní pozitivní vztah u českých ($r=0,33$) i evropských ($r=0,34$) hasičů, přičemž v obou souborech patřila celková míra posttraumatického stresu k nejsilněji korelujícím proměnným. U policistů byl také nalezen slabý pozitivní vztah ($r=0,27$) a celková míra posttraumatického stresu korelovala s posttraumatickým růstem, po symptomech znovuprožívání,

nejvíce (Chopko, 2010). U izraelských hasičů měsíc po Carmelském požáru byl sledován jak lineární (pozitivní), tak kurvilineární vztah (Leykin et al., 2013). Naopak u českých vojáků po zahraničních misích byly zjištěny vyšší hodnoty posttraumatického růstu u zdravotníků, kteří vykazovali oproti bojovníkům nižší míru posttraumatického stresu, čili byl nalezen negativní vztah (Krutiš et al., 2010). Také některé studie zasažených po různých traumatických událostech uváděly pozitivní vztah mezi celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem (Helgeson et al, 2006; Hobfoll et al., 2008; Morris et al, 2005; Nishi et al, 2010). Jiné studie zasažených naopak našly mezi celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem negativní vztah (např. Ai et al., 2005; Frazier et al., 2001; Hagedaars & van Minnen, 2010; Hall et al., 2008; McMillen et al., 1997; Settler et al., 2014). Vedle zmíněných lineárních vztahů byl u zasažených sledován dále kurvilineární vztah ve tvaru obráceného U, kde byl nejvyšší růst pozorován při střední míře posttraumatického stresu (např. Kleim & Ehlers, 2009; Kehl, Knuth, Holubová et al., 2014; McCaslin et al., 2009; Powel et al., 2003).

Souhrnně lze konstatovat, že vztah mezi jednotlivými symptomy posttraumatické stresové poruchy i celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem byl v našem souboru velmi obdobný. Mezi jednotlivými proměnnými byl sledován mírný, avšak signifikantní pozitivní vztah, který u českých i evropských hasičů dosahoval podobných intenzit. Zjištěné výsledky byly srovnatelné s některými zahraničními studii z hlediska síly i směru nalezeného vztahu, s jinými se naopak lišily. I zde lze do určité míry přisoudit nalezené rozdíly ve vztazích mezi posttraumatickým stresem a posttraumatickým růstem odlišné metodologii jednotlivých studií (jak již bylo diskutováno výše v tomto oddílu v souvislosti s posttraumatickým stresem). Nicméně, některými studii reportovaný kurvilineární vztah ve tvaru obráceného U mezi posttraumatickým stresem a růstem v podstatě sjednocuje zdánlivou inkonsistenci vztahů napříč studii – sledované pozitivní i negativní korelace. Ukazuje se, že aby k růstu vůbec došlo, je nezbytná určitá dávka stresu. Avšak od určité výše může být distres ochromující a růstu naopak bránit (Butler et al., 2005; Mareš, 2012; Solomon & Dekel, 2007). Záleží tedy, v jaké části křivky se zkoumaná populace nachází (Kleim & Ehlers, 2009; Lechner et al., 2006). Negativní vztah mezi PTSD a posttraumatickým růstem (PTG) lze pak interpretovat na základě

výše posttraumatického stresu v podstatě dvěma způsoby. Při vyšší míře PTSD a nižším PTG je pravděpodobné, že psychopatologie je natolik floridní, že ochromuje adaptační mechanismy zasaženého a ten nemá v dané fázi vyrovnávacího procesu pro růst kapacitu. Naopak nižší míra PTSD a vyšší PTG mohou signalizovat, že jedinec může už být ve vyrovnávacím procesu dále (Krutíš et al., 2010), tj. může už mít trauma do určité míry zpracované, a i přes reziduální posttraumatický stres u něj lze sledovat posttraumatický růst. Pro pozitivní vztah mezi PTSD a PTG se opět nabízí vysvětlení, které souvisí především s fází copingového procesu. Na jedné straně mohou být jedincem referované pozitivní změny pouhou iluzí, která může mít u zasaženého protektivní vliv (Zoellner & Maercker, 2006_a). Na straně druhé však vyšší PTG při zároveň vyšší míře PTSD může signalizovat onu optimální úroveň posttraumatického stresu, která je dostatečná na to, aby vytvořila prostor pro růst, a zároveň není natolik vysoká, aby růstu bránila. Jak lze implikovat z práce Zoellnerové a Maerckera (2006_a), vyšší posttraumatický růst při vyšší míře posttraumatického stresu tedy může být jak vyrovnávací strategií ve formě pozitivní iluze, tak znakem úspěšného zvládnutí.

9.3 Generalizovatelnost výsledků a praktické implikace

Zobecnitelnost výsledků na příslušníky jiných záchranných složek, jimiž jsou zde míněny především základní složky integrovaného záchranného systému (IZS), tedy vedle hasičů zdravotníci záchranné služby a policisté, je přirozeně limitovaná, avšak ne zcela nelogická a nemožná. U příslušníků všech těchto profesí lze očekávat oproti běžné populaci vyšší psychickou odolnost, náročný profesní výcvik a kontinuální vzdělávání - mj. u všech jmenovaných složek funguje systém CISM. Navíc, hasiči, zdravotníci záchranné služby i policisté zasahují u podobných událostí, u kterých se i v rámci integrovaného záchranného systému často setkávají, pracují pod časovým tlakem a jsou vystaveni podobným potencionálním traumatům, i když každý plní na místě události jinou funkci/má jinou roli. Rovněž se ukazuje, že prevalence symptomů posttraumatické stresové poruchy je u těchto skupin vcelku obdobná a nezdá se převyšuje či je minimálně srovnatelná s odhadem prevalence poruchy v běžné populaci. I při srovnání výsledků této dizertační práce s některými zahraničními studii hasičů, zdravotníků záchranné služby, policistů, či dokonce vojáků, byla nalezena

podobná zjištění, a to jak stran posttraumatického stresu (např. Cukor et al., 2011; Chen et al., 2007; Chopko, 2010; Klose, 2009; Leykin et al., 2013; Regehr et al., 2001; Slottje et al., 2008; Stellman et al., 2008), tak i posttraumatického růstu (Leykin et al., 2013; Oginska-Bulik, 2013; Shakespeare-Finch et al., 2003). Výsledky lze tedy považovat za platné a do jisté míry zobecnitelné i mimo populaci hasičů, na příslušníky ostatních základních složek IZS, a to i přes diskutovaná omezení daná souborem i metodologií projektu, ze kterého data využita v této práci vycházejí.

Výsledky zjištěné v této práci lze vzhledem k reprezentativnosti českého souboru plně generalizovat na populaci českých hasičů, na populaci evropských hasičů vzhledem k limitacím pouze částečně. Omezení se týkají evropského souboru, což komplikuje porovnání českých a evropských hasičů, které se navíc ukázalo jako méně smysluplné, zejména porovnání průměrných skóre, které však bylo nezbytné pro srovnatelnost s ostatními dostupnými studiemi. Cílem této práce nicméně bylo nejen porovnání českých hasičů s evropskými z hlediska posttraumatického stresu a posttraumatického růstu, ale též zmapování zmíněných proměnných, resp. zjištění, zda hasiči vůbec vykazují symptomy PTSD a zda u nich dochází k posttraumatickému růstu, jak jsou tyto posttraumatické stavy rozšířené a jak spolu souvisejí. Především šlo o zjištění, zda jsou hasiči v důsledku výkonu své profese ohroženi posttraumatickým stresem, což je v praxi důležité z hlediska prevence i intervence, zda u nich dochází k posttraumatickému růstu a jak souvisí růst se stresem, což jsou informace cenné pro vzdělávání i intervenci, ať už formou debriefingu či případné následné psychologické či jiné podpůrné péče.

Jak již bylo diskutováno dříve v této práci, systematizovaná psychologická služba a především dobře fungující systém CISM s narůstajícím počtem vycvičených peerů může nemalou měrou přispívat k dobrému zvládnutí posttraumatických stavů u českých hasičů, u nichž byla v této studii ve srovnání s evropskými hasiči zaznamenána nižší prevalence zvýšeného rizika posttraumatické stresové poruchy i většiny jejích symptomů a naopak vyšší míra posttraumatického růstu. Srovnatelně vysoké riziko bylo nalezeno pouze u symptomů vyhýbání. Vyhýbavé chování se může u hasičů projevovat především vyhýbáním se otevřené komunikaci o traumatické zkušenosti, ale též

potlačováním doprovodných emocí, což může komplikovat zpracování traumatického prožitku. K vyhýbavému chování však může při kontaktu s trauma připomínajícími podněty dojít i u zásahu, např. formou obav a neschopnosti vstoupit do určitého místa, což může ohrozit efektivitu zásahu i bezpečnost zasahujících příslušníků. Vyhýbání však nemusí být nutně jen negativní - rozptýlení či odpojení tam, kde si hasič nemůže emoce dovolit, tedy při zásahu, může být i adaptivní strategií (Wray, 2015).

Nicméně přestože se posttraumatický stres měřený v této práci vztahoval pouze k posledním sedmi dnům, prevalence zvýšeného rizika PTSD u českých hasičů v podstatě odpovídala uváděné roční prevalenci PTSD v české populaci a hodnoty zjištěné u evropských hasičů byly vyšší než uváděné roční prevalenci PTSD v Evropě. Navíc, i hasiči, kteří v době měření žádné rizikové zvýšení nevykazovali, mohou být potenciálně ohroženi. Častěji než PTSD se u nich po mimořádně náročných zásazích vyskytuje akutní reakce na stres. Ne přímo na místě události, kde pracují formou automatického pilota a aplikují precizně nacvičené a událostmi prověřené postupy. Dopad náročného zásahu obvykle přichází při návratu na stanici, kde událost každý příslušník prožívá po svém – někteří se izolují, jiní na dané téma žertují a další při ulehnutí do postele přemítají, zda nemají tento druh práce opustit, či se mohou uchýlit ke konzumaci alkoholu. Mají-li však dobré vztahy a péči od nadřízených, kteří rozpoznávají potřeby jednotlivých hasičů, respektují přítomnost pocitovaných stavů, doporučují kolegiální podporu či odbornou péči, a mají-li dobré rodinné zázemí, má tato stresová reakce tendenci vyhasínat namísto aby přešla do PTSD. Výjimkou však mohou být události, které se týkají jejich nejbližších – tam se hasiči, stejně jako ostatní lidé mohou psychicky “selhávat“, což je v takové situaci zcela normální reakcí. Příkladem je výbuch plynu v činžovním domě v Tržní ulici v Brně v roce 2004, kde jednou z pohřešovaných osob a posléze nalezených obětí byla malá dcera jednoho ze zasahujících hasičů. Díky tomuto případu se akutní stresová reakce dostala do rezortní klasifikace pracovních úrazů - poté, co zasažený hasič nepřijal lékařem nabízenou krycí diagnózu (M. Sotolářová, elektronická komunikace, 20. 3. 2012). Navíc, hasiči se i během běžných zásahů mohou dostat do situací, které jim něčím připomenou v minulosti prožitou vlastní traumatickou zkušenost (např. určitý pach či zvuk), což může fungovat jako spouštěč, který znovu vyvolá stresovou reakci. K té může dojít kdykoli při kontaktu se

spouštěčem, což je při zásahu ohrožující jak pro zasaženého příslušníka, tak pro ostatní zúčastněné - záchranáře i zasažené.

Lze tedy implikovat, že hasiči jsou potenciálně více ohroženi, než se na první pohled může z výsledků této i jiných prací zdát, a otázka důkladné prevence, stejně jako systému posttraumatické péče, formou vycvičených peerů i profesionálů v oblasti duševního zdraví, je nesmírně důležitá. Stejně tak je významná otázka zařazení poruch způsobených těžkým stresem do rezortních i meziresortních klasifikací úrazů a nemocí z povolání. To může jednak pomoci snížit dosud do jisté míry přetrvávající stigma spojené s problematikou posttraumatických poruch, resp. psychických poruch obecně, což by se mohlo odrazit i ve větší a včasější ochotě záchranářů své případné psychické problémy beze studu a obav řešit. A co je neméně důležité – zasaženým příslušníkům v pracovní neschopnosti by se dostalo finančního odškodnění ve formě proplacení nemocenské ve výši průměrného příjmu před nemocí.

Posttraumatická péče v Hasičském záchranném sboru České republiky je, jak již bylo řečeno, na vysoké úrovni. Kvalita této péče u ostatních záchranářů nebyla v této práci zkoumána, proto se zde autorka vyjadřuje pouze k hasičům, přestože lze vzhledem k systému CISM zavedenému u všech základních složek IZS očekávat srovnatelnou kvalitu. Nicméně, psychosociální péče u HZS ČR, podobně jako je tomu povětšinou i v klinické praxi, je zaměřena spíše na prevenci a zvládání posttraumatických symptomů a dalších psychických obtíží. Růstový potenciál traumatu prozatím nebývá přímým cílem intervencí, byť k němu mnohdy jistě dochází, alespoň do jisté míry, sekundárně. Inspirativní je v tomto ohledu komplexní program posilování zdatnosti amerických vojáků (Comprehensive soldier fitness program), jehož cílem je facilitace posttraumatického růstu u vojáků, kteří se účastní bojových operací. Program sestává z pěti tématických bloků. První oblastí je porozumění reakci na trauma, v rámci čehož se vojáci učí rozpoznávat u sebe i ostatních základní fyziologické a psychické reakce na traumatické zážitky, jsou poučeni o změnách dosavadního pohledu na svět a sebe sama jako případného základu pro pozdější posttraumatický růst, a především jsou poučeni, že trauma je normální reakcí na nenormální situaci. Dále je u nich posilována autoregulace emocí prostřednictvím snižování úzkosti a snahy ovládat vtíravé myšlenky a obrazy bojových okamžiků

a učí se nahrazovat negativní emoce konstruktivnějšími procesy. Vojáci jsou rovněž vedeni k větší otevřenosti, aby dokázali sdílet své traumatické zážitky a pocity. Jedním z tématických bloků je i vyprávění o traumatu podle osnovy, která využívá oblasti posttraumatického růstu. Po vyrovnání se s traumatickými událostmi se vojáci učí formulovat životní zásady, které odolají změnám – uvědomit si životní lekci udělenou traumatem a brát ji jako příležitost k hlubší změně, akceptovat změnu své identity a dotvářet ji s nadhledem, přijímat tento rozvoj bez pocitů viny a zamyslet se nad pojetím hrdiny dle starého Řecká a Říma, kde hrdinou byl obyčejný člověk, který prošel těžkými životními zkouškami, přežil je a po návratu do běžného života dokázal druhým přibližovat důležité životní pravdy (Tedeschi & McNally, 2011; in Mareš, 2012).

Také čeští hasiči se v rámci výcviku a vzdělávání učí, že trauma je normální reakcí na abnormální situaci, a jsou vedeni ke sdílení svých traumatických zkušeností a souvisejících pocitů. A díky výcviku v CISM, kterým procházejí vedle řadových hasičů i důstojníci a manažeři, jsou schopni traumatické zážitky konstruktivně zpracovávat. Otázkou je, zda a na jaké úrovni je systém CISM zaveden v ostatních evropských zemích (bližší informace však nejsou dostupné). Samozřejmostí nemusí být ani systematizovaná psychologická služba. Zatímco v České republice jsou psychologové příslušníky hasičského sboru, a tím pádem jsou více k dispozici, ve většině evropských zemí psychologická služba funguje formou spolupráce s externími psychology, kteří jsou tak méně dostupní fyzicky i finančně. Přestože se jedná o domněnku, nalezené rozdíly mezi českými a evropskými hasiči lze s opatrností interpretovat především jako efekt dobře fungujícího systému posttraumatické intervenční péče u Hasičského záchranného sboru České republiky, který by mohl být vzorem pro státy, kde podobný systém případně zaveden není. Nicméně i v České republice by mohly být některé poznatky z této práce využity pro další zkvalitnění vzdělávání. Například nalezené prevalence zvýšeného rizika PTSD zde i v jiných studiích, jejichž přehled je v práci uveden, by mohly konkretizovat reálnost ohrožení příslušníků těchto profesí a mohly by, například v rámci vzdělávání, podpořit normalizaci traumatu jako reakce na abnormální situaci. Vzhledem k relativně nízkému posttraumatickému růstu, který byl u našeho souboru zjištěn ve srovnání se zahraničními pracemi, se dále nabízí doporučení začlenit tento koncept do vzdělávání i intervencí po mimořádně náročných zásazích, kde by se

vedle zpracování traumatické zkušenosti mohlo objevit i téma pozitivních důsledků traumat, jako je tomu např. v programu zvyšování odolnosti amerických vojáků.

9.4 Podněty pro další výzkum

Předkládaná práce poukazuje na problematiku mezinárodního výzkumu a jeho velkou náročnost a přidružené komplikace. Projekt BeSeCu, z nějž autorka vycházela, byl velkoryse nastaven: zahrnoval multidisciplinární výzkumný tým z 8 evropských zemí, výzkumně se orientoval na oběti mimořádných událostí pěti typů a původním záměrem byl i reprezentativní soubor záchranářů všech základních složek integrovaného záchranného systému. V průběhu realizace se však ukázalo, že toto pojetí je příliš široké a je třeba redukovat respondenty - upustilo se od výzkumu u zdravotníků záchranné služby a policistů, i upravit metodiku výzkumu – byla zavedena elektronická forma sběru dat. To přinášelo četné komplikace již na úrovni nedodržení původních plánů stanovených v grantové dokumentaci, i metodologické limitace. Nabízí se doporučení, že přestože je široké pojetí projektu velmi lákavé, vhodnější je realistické zvážení proveditelnosti takto nastavené studie před její realizací i grantovým návrhem. Rovněž multidisciplinární tým, který byl v projektu BeSeCu mezinárodně nevyvážený, se v praxi příliš neosvědčil, jelikož akademičtí pracovníci a výzkumníci či klinici ze soukromých zařízení měli obtíže s náborem účastníků, čímž následně utrpěla metodologická čistota. Praktické komplikace pak spočívaly v nižší produktivitě práce při pracovních setkáních celého týmu BeSeCu, například protože někteří kolegové z praxe neměli zkušenosti s problematikou výzkumu a výzkumníci zase neznali zkoumaný soubor, tedy hasiče, a nedovedli si tedy představit zkoumanou problematiku prakticky ani klinicky. Multidisciplinarita má jistě mnoho výhod, ale vzhledem k hladkému průběhu výzkumu by bylo patrně v budoucích podobně koncipovaných projektech vhodnější, kdyby takové týmy byly v jednotlivých zemích vyvážené. Tedy aby v každé z participujících zemí byli zastoupeni lidé z akademického prostředí, klinické praxe a zejména z praxe dané oblasti výzkumu, namísto mixu odlišně profesně orientovaných lidí z různých zemí, kdy multidisciplinarita vzniká až díky mezinárodní spolupráci. Navíc, mezinárodní spolupráce nese nevýhody spojené především s nestejným jazykem, což může komplikovat komunikaci mezi členy

týmu i validitu odlišných jazykových verzí metod sběru dat, i možnými kulturními rozdíly. Avšak pokud jsou tyto komplikace brány v potaz, mezinárodní spolupráce může být velmi obohacující a přínosná, výzkumně i prakticky. Retrospektivním pohledem se zdají věci zřejmé a snadno se kritizují. Nicméně, bez podobných „nedokonalých zkušeností“ by nebylo možno na zmíněné problémy upozornit tak, aby se jich dalo v budoucnu snadněji vyvarovat. Tato práce zcela jistě není první a ani poslední prací vycházející z mezinárodního projektu s multidisciplinárním týmem, nicméně patří mezi nemnoho publikací, které takto otevřeně popisují své limity.

Přestože jsou prezentovaná zjištění srovnatelná s některými zahraničními studii, bylo by vhodné je ověřit dalšími výzkumy na lépe reprezentativních souborech evropských hasičů, které zatím chybí, a dále rovněž dalších záchranářů, především zdravotníků záchranné služby a policie, a prozkoumat eventuální kulturní rozdíly. V dalších studiích v této oblasti by bylo praktické hledat a prozkoumat konkrétní faktory, které záchranářům pomáhají zvládat nadměrný stres a traumatické zkušenosti, včetně těch, které facilitují posttraumatický růst – od proměnných, které souvisejí s výcvikem, vzděláváním a profesní praxí i pracovním klimatem, po osobnostní charakteristiky a individuální zvládací strategie. Vhodnou metodou by mohly být polostrukturované rozhovory či jiné metody, které dávají prostor volnému projevu zkoumaných osob namísto škatulkových odpovědí, kde se spousta cenných informací může ztratit. Porozumění faktorům, které pomáhají zvládat stres a usnadňují posttraumatický růst, by pak mohlo být využito v praxi – ve výcviku, vzdělávání, i v péči o záchranáře. Rovněž by bylo cenné longitudinální sledování, které by prostřednictvím mapování vývoje a proměn symptomů posttraumatického stresu a posttraumatického růstu v čase umožnilo lépe osvětlit vztah mezi oběma proměnnými, což průřezová studie jako tato neumožňuje. Taková studie by však byla náročná nejen časově, ale hlavně organizačně, a vyžadovala by u zkoumaných záchranářů podporu na úrovni manažerů.

10. Závěr

Cílem předkládané dizertační práce bylo i přes její omezení rozšířit dosavadní výzkumné poznatky v oblasti posttraumatických stavů u profesionálních záchranářů o data pocházející z mezinárodního souboru hasičů, kteří zde sloužili jako zástupci daných profesí. Práce byla zaměřena na zjištění, zda hasiči v souvislosti se svým povoláním vykazují symptomy posttraumatické stresové poruchy, zda u nich dochází k posttraumatickému růstu, a jaký je mezi zmíněnými posttraumatickými stavy vztah. Byla porovnána data od českých a evropských hasičů, přičemž autorka vycházela z předpokladu, že mezi hasiči, jakožto příslušníky stejné profesní skupiny s podobnými povinnostmi a pravomocemi, výcvikem a pracovními zkušenostmi, nebudou zjištěny rozdíly.

Byla nalezena podobně vysoká míra symptomů vyhýbání a celková míra posttraumatického stresu. Srovnatelná byla i prevalence zvýšeného rizika PTSD dle symptomů vyhýbání. Oproti očekávání však byl mezi soubory zjištěn rozdíl z hlediska rozšířenosti zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, která byla v českém souboru nižší. Rovněž míra symptomů znovuprožívání a zvýšené dráždivosti byla u českých hasičů oproti evropským nižší, což platilo i pro prevalenci zvýšeného rizika PTSD dle obou symptomů. Soubory se lišily i v celkové míře posttraumatického růstu, která byla vyšší u českých hasičů. Po zohlednění výše posttraumatického stresu, tzn. porovnání pouze hasičů se zvýšeným rizikem PTSD však byla míra posttraumatického růstu u českých i evropských hasičů téměř totožná. Mezi jednotlivými symptomy PTSD i celkovou mírou posttraumatického stresu a posttraumatickým růstem byl u obou souborů nalezen slabý, avšak signifikantní pozitivní vztah.

Hasiči vykazují ve srovnání s obecnou populací vyšší psychickou odolnost, která může odrážet již samotný výběr pro výkon této profese, stejně jako náročnou fyzickou přípravu (která může zároveň plnit i funkci odreagování napětí), výcvik a vzdělávání, a rovněž efekt otužování a habituace během služby, a zdá se, že disponují vhodnými copingovými strategiemi a navíc mají k dispozici dobře fungující systém posttraumatické péče. Přesto prevalence zvýšeného rizika PTSD u českých hasičů odpovídá uváděné roční prevalenci PTSD v české populaci a u evropských hasičů je dokonce vyšší než roční prevalence PTSD

v evropské populaci. Při interpretaci odlišností v jednotlivých symptomech PTSD nelze zcela vyloučit kulturní rozdíly, které však nebyly vzhledem k omezením stran souboru a sběru dat v této práci předmětem zkoumání. Rozdílná prevalence zvýšeného rizika PTSD dle celkové míry posttraumatického stresu, avšak i dle jednotlivých symptomů, u českého a evropského souboru může odrážet i případné nuance ve výcviku a vzdělávání (které by se však nemělo příliš lišit), respektive především v systému řízení a zvládnání mimořádných událostí (CISM), odrážející se i v kvalitě psychologické služby a intervenčních programů. Naopak vyhubavé chování, které bylo u českých i evropských hasičů nalezeno srovnatelně vysoké i rozšířené, lze vnímat jako symptom PTSD, i jako individuální, adaptivní, flexibilně volenou copingovou strategii, tedy oproti ostatním symptomům PTSD jako projev o něco méně patologický. Co se týče výše posttraumatického růstu, přestože kvantitativně byly mezi soubory nalezeny rozdíly, kvalitativně byla výše posttraumatického růstu obdobně nízká - odpovídala velmi malé až malé míře pozitivních změn. Navíc, pokud bylo přihlédnuto k míře posttraumatického stresu a byli porovnání pouze hasiči se zvýšeným rizikem PTSD, u obou souborů byl posttraumatický růst srovnatelný a vyšší - odpovídající malé míře, čemuž odpovídaly i korelační analýzy. Pozitivní vztah mezi proměnnými lze interpretovat dvěma způsoby, přičemž oba souvisejí s fází copingového procesu. Vyšší posttraumatický růst při vyšší míře PTSD může být jak znakem úspěšného zvládnání, tak vyrovnávací strategií ve formě pozitivní iluze, kterou bychom však očekávali spíše u výrazně vyšší míry posttraumatického stresu.

Přestože vzhledem k limitacím nelze vyvozovat jednoznačné závěry ohledně rozdílů mezi českými a evropskými hasiči, lze konstatovat, že v obou souborech bylo nalezeno určité procento zvýšeného rizika PTSD, které minimálně odpovídalo prevalenci PTSD v obecné populaci. I když jsou hasiči odolní, a minimálně v České republice mají velmi kvalitní systém posttraumatické péče, v rámci systému CISM, stejně jako ostatní záchranné složky, nelze daná zjištění podceňovat. Předpokládat se dá i jisté podměření - vzhledem ke spíše nižší základní stresové reaktivitě hasičů ve srovnání s obecnou populací, na níž je validizována většina nástrojů k měření posttraumatického stresu včetně IES-R, lze implikovat, že uváděné procento hasičů se zvýšeným rizikem PTSD může být zkreslující a závažnější, než na první pohled působí. Navíc, i hasiči, kteří zrovna žádnou rizikově zvýšenou symptomatiku PTSD nevykazují, jsou vlivem

předchozích traumatických zkušeností potenciálně ohrožení, jelikož trauma připomínající podněty, se kterými se mohou setkat i při běžných zásazích, mohou fungovat jako spouštěče a znovu vyvolat stresovou reakci. To může být při zásahu ohrožující jak pro daného příslušníka, tak jeho kolegy, a potažmo i pro zasažené civilní osoby. Ze zjištěných výsledků vyplývá důležitost pečlivého výběru, výcviku i vzdělávání hasičů v oblasti psychohygieny, posttraumatických stavů, včetně programů na udržování psychické odolnosti. Ukazuje se tedy důležitost posttraumatické péče i psychologické služby, která - jak potvrzují čeští hasiči - funguje dobře. Nicméně adekvátní zacházení s příslušníky ve formě proplacení nemocenské ve výši průměrného příjmu při pracovní neschopnosti z důvodu posttraumatické poruchy, která výrazně snižuje kvalitu pracovního i osobního života zasaženého, u záchranářů zatím v podstatě chybí, přestože na základě výsledků této i jiných prací lze takový postup výrazně doporučit.

Poměrně ambiciózním, avšak ne zcela nereálným, praktickým výstupem této práce by mohlo být znovuotevření diskuze ohledně zařazení duševních poruch spojených s těžkým stresem a traumatem do klasifikace nemocí z povolání, která je výsledkem rozhodnutí mezirezortní komise. To by bylo prospěšné nejen hasičům, ale i dalším záchranářům jako jsou zdravotníci záchranné služby a policisté, na něž lze, byť s omezením, generalizovat i výsledky zjištěné v této práci. Přestože jsou příslušníci zásahových a záchranných složek při výkonu své profese zvýšeně vystaveni traumatizaci primární, prostřednictvím vlastních zážitků ze zásahů, i sekundární, skrze práci se zasaženými, v České republice duševní poruchy způsobené těžkým stresem a traumatem stále chybí v klasifikaci nemocí z povolání. To se může negativně odrážet na pracovní spokojenosti a produktivitě i kvalitě života záchranářů. Diskuze nad touto problematikou dosud pro nedostatečné výzkumné podložení nevedly ke zdárným výsledkům. Zatím se u hasičů podařilo pouze zařazení akutní stresové reakce do resortní klasifikace pracovních úrazů. Tato práce, jakkoli nedokonalá, bude po předchozí dohodě zaslána na Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky jako podklad pro jednání mezirezortní komise pro nemoci z povolání.

Seznam použité literatury a pramenů

- Ai A. L., Cascio T, Santangelo L. K, & Evans-Campbell T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (5), 523-48. doi : 10.1037/0022-3514.95.3.709
- Alvarez, J., & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 497-505.
- American Psychological Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, 4th.ed. (text rev.). Washington DC: Author.
- American Psychological Association [APA] (2012). *DSM V development. Trauma- and stressor-related disorders*. Retrieved May 18, 2012, from: <http://www.dsm5.org/proposedRevision/pages/TraumaandStressorRelatedDisorders.aspx>
- American Psychological Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: Author.
- American Psychological Association [APA] (n.d.). *Trauma*. Retrieved April 20, 2013, from: <http://www.apa.org/topics/trauma/index.aspx>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84 (1), 67-75. doi : 10.1007/s00420-010-0601-8
- Atkinson, R. C., Atkinson, R. L., Bem, D. J., Nolen-Hoeksema, S., & Smith, E. E. (2003). *Psychologie*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191–215. doi : 10.1037/0033-295x.84.2.191
- Berninger A, Webber M. P, Cohen H. W, Gustave J, Lee R, Niles J. K, ... Prezant D. J. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001-2005. *Public Health Reports*, 125 (4), 556-66.

- Bills, C., Dodson, N., Stellman, J., Southwick, S., Sharma, V., Herbert, R., ... Katz, C. (2009). Stories behind the symptoms: A qualitative analysis of the narratives of 9/11 rescue and recovery workers. *The Psychiatric Quarterly, 80* (3), 173-189. doi : 10.1007/s11126-009-9105-7
- Brockhouse, R., Msetfi, R. M., Cohen, K., & Joseph, J. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress, 24* (6), 735-742.
- Bryant, R. A., & Guthrie, R. M. (2005). Maladaptive appraisals as a risk factor for posttraumatic stress: A study on trainee firefighters. *Psychological Science, 16* (10), 749-752.
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X. A., ... Spiegel, D. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology, 11*, 247-267.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress, 13* (3), 521-527.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). Facilitating posttraumatic growth. A clinician's guide. Mahwah: Erlbaum.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (pp. 1-23). Mahwah: Erlbaum.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C. (2010). A short form of the Posttraumatic growth inventory. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal, 23* (2), 127 - 137.
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. New York: Appleton.

- Cetin, M., Kose, S., Ebrinc, S., Yigit, S., Elhai, J., & Basoglu, C. (2005). Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 18* (5), 485-489.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*, 308-319. doi : 10.1007/s10880-007-9083-6
- Creamer M., Bell R., & Failla, S. (2003) Psychometric properties of the Impact of event scale-revised. *Behaviour Research and Therapy 41*, 1489–1496.
- Creamer, T., & Liddle, B. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress, 18* (1), 89-96.
- Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., ... Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the World trade center following the attacks od September 11th. *Journal of Traumatic Stress 24* (5), 506-514.
- ČSN ISO 690 (01 0197). Praha: Český normalizační institut, c1996.
- Daniš, M. (2006). *Osobní zkušenost hasiče-peera s posttraumatickou intervenční péčí (PIP)*. Prezentace z nevedené konference. Retrieved February 6, 2015, from: http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/Konference/prednaska_PIP.pdf
- Davidson, J. R. T., Kudler, H., Sanders, W. B., Erickson, L., Smith, R. D., Stein, R. M. Cavenar, J. O. Jr. (1993). Predicting response to amitriptylin in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1024-1029.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 561–574.

- Đurčeková, E. (2013). *Posttraumatický rozvoj u profesionálních hasičů*. Nепublikovaná diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
- Figuiera, I., da Luz, M., Braga, R. J., Cabizuca, M., Coutinho, E., & Mendlowicz, M. V. (2007). The increasing internalization of mainstream posttraumatic stress disorder research: A bibliometric study. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 89–95.
- Filipp, S. H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma. In A. Maercker, M. Schützwohl, & Z. Solomon (Eds.). *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 43–78). Seattle: Hogrefe and Huber.
- Frankl, V. E. (2007): *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta.
- Frazier, P., Conlon, A., & Glasser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055. doi: 10.1037/AJ022-006X.69.6.1048
- Freud, A. (1936). *Ego and the Mechanisms of Defense*. [Sebrané spisy].
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A, Strain, J., Horowitz, M., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 737-749. DOI 10.1002/da.20845
- Gallaway, M., Millikan, A., & Bell, M. (2011). The association between deployment-related posttraumatic growth among U.S. army soldiers and negative behavioral health conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (12), 1151-1160.
- Hagenaars, M. A., & van Minnen, A. (2010). Posttraumatic growth in exposure therapy for PTSD. *Journal Of Traumatic Stress*, 23 (4), 504-508.
- Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M., Dehbozorgi, G., & Farashbandi, H. (2005). Psychological consequences of the Bam earthquake on professional and nonprofessional helpers. *Journal Of Traumatic Stress*, 18 (5), 477-483.
- Hall B. J, Hobfoll S. E, Palmieri P. A, Canetti-Nisim D, Shapira, O., Johnson R. J, ... Galea, S. (2008). The psychological impact of impending forced settler

disengagement in Gaza: Trauma and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (1). 22-29.

Hamblen, J., Schnurr, P. P., Rosenberg, M. A., & Eftekhari, A. (n.d.). Overview of psychotherapy for PTSD. *US Department for veteran affairs - PTSD: National center for PTSD*. Retrieved February 16, 2015, from: <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/overview/overview-treatment-research.asp>

Hanuška, Z. (2006). *Plošné pokrytí sil a prostředků jednotek požární ochrany v ČR*. Vyd. 3. (aktualizované). Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství.

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (2009). *Integrovaný záchranný systém*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (2012). *Psychologická služba*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (n.d.a). *Pojmy a definice krizového řízení*. Retrieved February 15, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/clanek/krizove-rizeni-a-cnp-ke-stazeni-ff.aspx?q=Y2hudW09Ng%3d%3d>

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (n.d.b). *Hasičský záchranný sbor ČR*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/uvod-hasicsky-zachranny-sbor-cr.aspx>

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (n.d.c). *Výkon služby*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/clanek/vykon-sluzby.aspx>

Hasičský záchranný sbor České republiky [HZS ČR] (n.d.d). *Linka pomoci v krizi*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.hzscr.cz/clanek/linka-pomoci-v-krizi.aspx>.

- Hasičský záchranný sbor Jihomoravského kraje [HZS JK] (n.d.). *Psychologická služba*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.firebrno.cz/psychologicka-sluzba>
- Health hazard evaluation of police officers and firefighters after Hurricane Katrina - New Orleans, Louisiana, October 17-28 and November 30 - December 5, 2005. [Health hazard] (2006). *Morbidity And Mortality Weekly Report*, 55 (16), 456-458.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A Meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernandéz, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 783-801. doi : 10.1002/da.20753
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmeiri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 345-366. doi : 10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x
- Holmes T. H., & Rahe, R. M. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 12, 213-233.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41 (3), 209-218.
- Hubová, A. (2007). *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u základních složek IZS*. Nepublikovaná bakalářská práce, Vysoká škola Báňská – Technická univerzita Ostrava, Česká republika.
- Chaloupka, J., Hlúbik, P., Opltová, L., Pelcák, S., & Zetocha, J. (1999). *Hodnocení zdravotního stavu příslušníků Hasičského záchranného sboru. Závěrečná zpráva vědeckého úkolu*. Hradec králové: Vojenská lékařská akademie J.E.Purkyně.
- Chaloupka, J., Pelcák, S., & Hlúbik, P. (1998). *Hodnocení zdravotního stavu příslušníků Hasičského záchranného sboru. Závěrečná zpráva dílčího*

vědeckého úkolu. Hradec králové: Vojenská lékařská akademie J.E.Purkyně.

- Chang, C. M., Lee, L. C., Connor, K. M., Davidson, J. R., Jeffries, K., & Lai, T. J. (2003). Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 391-398.
- Chen, Y. -S., Chen, M. -C., Chou, F. H. -C., Sun, F. -C., Chen, P. -C., Tsai, K. -Y., & Chao, S. -S. (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 16* (8), 1289-1297. doi : 10.1007/s11136-007-9248-7
- Chopko, B. A. (2010). Posttraumatic distress and growth: an empirical study of police officers. *American Journal of Psychotherapy, 64* (1), 55-72.
- Injuries and illnesses among New York City fire department rescue workers after responding to the World trade center attacks [Injuries and illnesses] (2002). *Morbidity and Mortality Weekly Report, 51, Special Issue*. Retrieved March 14, 2012, from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12238534&lang=cs&site=ehost-live>
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (pp. 81-99). Mahwah: Erlbaum.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26*, 1041-1053.
- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress, 6*, 271-279.
- Keane, T. M., Street, A. E., & Stafford, J. (2004). The assessment of military-related PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 262-285). New York: Guilford Press.

- Kebza, V. (2005): *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kehl, D., Knuth, D., Galea, E., Hulse, L., Sans, J., Valles, L., ... Schmidt, S. (2014). Advancing disaster relief: Development of a self-report questionnaire for firefighters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 3 (3). 167–183. doi : 10.1037/a0036423
- Kehl, D., Knuth, D., Holubová, M., Hulse, L., & Schmidt, S. (2014). Relationships between firefighters' postevent distress and growth at different times after distressing incidents. *Traumatology: An International Journal*, 20 (4). 253-261. doi : 10.1037/h0099832
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (1), 45-52.
- Klose, J. (2009). *Prediktory rozvoje posttraumatické stresové poruchy ve vztahu k profesnímu výběru*. Nepublikovaná dizertační práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
- Knuth, D., Kehl D., Galea, E., Hulse, L., Sans, J., Vallès, L., ... Schmidt, S. (2013). BeSeCu-S – A self-report instrument for emergency survivors. *Journal of Risk Research*, 17 (5). 601-620. doi : 10.1080/13669877.2013.815649
- Knuth, D., Kehl, D., & Schmidt, S. (2013). Development of field study instruments BeSeCu-S a BeSeCu-FR. In S. Schmidt, & E. Galea (Eds.). *Behaviour- Security-Culture. Human behaviour in emergencies and disasters: A cross-cultural investigation* (pp. 60-69). Lengerich, Germany: Papst Science Publishers.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. doi : 10.1037/0022-3514.42.1.168
- Kohoutek, T., Špok, D., & Čermák, I. (2009). Neštěstí, krizové události, katastrofy a jedinec. In T. Kohoutek, & I. Čermák. (Eds.). *Psychologie katastrofické události* (pp. 18-92). Praha: Akademia.

- Kořán, M. (2009). Zkušenosti s poskytováním psychologické péče. In T. Kohoutek, & I. Čermák. (Eds.). *Psychologie katastrofické události* (pp. 231-252). Praha: Akademia.
- Krutiš, J., Mareš, J., & Ježek, S. (2010). Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. *Československá psychologie, LV* (3). 245-256.
- Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. *Psychiatrie pro praxi, 1*, 31-34.
- Křivohlavý, J. (2001): *Psychologie zdraví*. Vyd.1. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002): *Psychologie nemoci*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing.
- Lalié, H., Bukmir, L., & Ferhatovic, M. (2007). Examining psychic consequences in firefighters exposed to stress. *Collegium Antropologicum, 31* (2), 451-455.
- Laufer, A., & Solomon, Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25* (4), 429-448. doi : 10.1521/jscp.2006.25.4.429
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, J. A., Luxton, D. D., Reger, G. M., & Gahm, G. A. (2010). Confirmatory factor analysis of the Posttraumatic growth inventory with a sample of soldiers previously deployed in support of the Iraq and Afghanistan wars. *Journal of Clinical Psychology, 66* (7), 813-819. doi : 10.1002/jcpl.20692
- Lechner, S., Antoni, M. H., & Carver, C. S. (2006). Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 828-840. doi : 10.1037/0022-006X.74.5.828
- Leykin, D., Lahad, M., & Bonne, N. (2013). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth of Israeli firefighters at one month following the Carmel fire disaster. *Psychiatry Journal, 2013*, pp. 274121. doi : 10.1155/2013/274121

- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17* (1), 11-21.
- Maercker, A., Brewin, Ch. B., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12* (3), 198-206. doi 10.1002/wps.20057.
- Malík, L. (2007). Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči. *112, 6*, 13.
- Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: Nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie, LII* (6), 567-583.
- Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: Výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie, 53* (3), 271-290.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
- McCaslin, S. E., de Zoysa, P., Butler, L. D., Hart, S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Koopman, C. (2009). The relationship of posttraumatic growth to peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms among Sri Lankan university students. *Journal of Traumatic Stress, 22* (4), 334-339.
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous mental Disease, 176*, 30-39.
- McMillen, J. C., & Fisher, R. H. (1998). The perceived benefit scale: Measuring perceived positive life changes after negative events. *Social Worker Research, 22* (3), 172-187.
- McMillen, J. C, Smith, E. M., & Fisher, R. M. (1997). Perceived benefits and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 733-739. doi:10.1007/s10826-013-9832-0
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize [MKN-10]* (2000). Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vydání. Přeloženo z ICD-10 (WHO, 1992). Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Ministerstvo vnitra České republiky [MVČR] (n.d.). *Integrovaný záchranný systém (IZS)*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.mvcr.cz/clanek/pojmy-integrovaný-zachranny-system-izs.aspx>
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes ... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 13* (11), 49 – 52.
- Mitchell, J. T. (n.d.₁). Critical incident stress debriefing (CISD). Retrieved March 25, 2015, from: <http://drustvo-psihologa.rs.ba/wp-content/uploads/2014/05/CriticalIncidentStressDebriefing.pdf>
- Mitchell, J. T. (n.d.₂). Critical incident stress management. Retrieved March 25, 2015, from: <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/mtichellCriticalIncidentStressManagement.pdf>
- Morris, B. A., Shakespeare-Finch, J., Rieck, M., & Newbery, J. (2005). Multidimensional nature of posttraumatic growth in an Australian population. *Journal of Traumatic Stress, 18* (5), 575-585.
- Nakonečný, M. (1998): *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Akademia.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial medicine, 4* (7). doi : doi:10.1186/1751-0759-4-7
- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102). New York: Guilford Press.
- North, C., Tivis, L., McMillen, J., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E., & Smith, E. (2002). Coping, functioning, and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City bombing. *Journal of Traumatic Stress, 15* (3), 171-175.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers – The role of personal and social resources. *Medycyna Pracy, 64* (4), 463-472.
- Orr, S. P., Metzger, L. J., Miller, M. W., & Kaloupek, D. G. (2004). Psychophysiological assessment of PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane

- (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 289-343). New York: Guilford Press.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, *64* (1), 71-105.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, *1*, 115–144.
- Paton, D. (2006). Posttraumatic growth in disaster and emergency work. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (pp. 225-247). Mahwah: Erlbaum.
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing.
- Pokyn generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR a náměstka ministra vnitra ze dne 8.9.2003, ke zřízení systému poskytování posttraumatické intervenční péče. In Sbíрка interních aktů řízení generálního ředitele HZS ČR a NMV - částka 38/2003.
- Policie České republiky [PČR] (n.d.a). *Policie České republiky*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.policie.cz/clanek/o-nas-policie-ceske-republiky-policie-ceske-republiky.aspx>
- Policie České republiky [PČR] (n.d.b). *Anonymní linka pomoci v krizi*. Retrieved March 2, 2015, from: <http://www.policie.cz/clanek/anonymni-linka-pomoci-v-krizi.aspx>
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2003). Posttraumatic growth after war. A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 71-83. doi : 10.1002/jclp.10117
- Praško, J. (2005). Posttraumatická stresová porucha. *Zdraví E15: Postgraduální medicína*. Retrieved February 18, 2015, from: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>
- Praško, J., Hunková, M., Grambal, A., Jelenová, D., & Vrbová, K. (2011). Akutní reakce na stres, poruchy přizpůsobení a PTSD. In J. Praško, K. Látalová,

- A. Ticháčková, & L. Stárková (Eds.). *Klinická psychiatrie* (pp. 350-373). Praha: Tigris.
- Preiss, M., Mohr, P., Kopeček, M., Melanová, V., Janečka, V., Rodriguez, M., & Hájek, T. (2004). Trauma a stress osm měsíců po povodních v roce 2002. *Psychiatrie*, 8, 180-186.
- Preiss, M. (2009). Prožili tragédii. A začali lepší život. *Psychologie dnes*, 2, 48-49.
- Preiss M., Sotolářová M., & Holubová M. (2011). Trauma a stres u Romů 6 let po povodních roku 2002 – zkušenosti z fokusových skupin. *Psychiatrie* 15 (2), 64-70.
- Publication manual of the American Psychological Association (2010). Washington, DC: Author.
- Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Regehr, C., Hemsworth, D., & Hill, J. (2001). Individual predictors of posttraumatic distress: A structural equation model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (2), 156-161.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General & Applied* 80 (1), 1-28. doi : 10.1037/h0092976
- Seligman, M. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Settler, D. N., Boyd, B., & Kirsch, J. (2014). Traum-exposed firefighters: Relationship among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience [Abstract]. *Stress and Health: Journal of the International society for for the investigation of stress*, 30 (5), 356-365. doi :10.1002/smi.2608
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth's.

- Shakespeare-Finch, J. E., & Copping, A. (2006). A grounded theory approach to understanding cultural differences in posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma, 11* (5), 355-371. doi : 10.1080/15325020600671949
- Shakespeare-Finch, J.E., & Enders, T. (2008). Corroborating evidence of posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 21* (4), 421-424.
- Shakespeare-Finch, J. E., Smith, S. G., Gow, K. M., Embelton, G., & Baird, L. (2003). The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology, 9* (1). 58-70. doi : 10.1177/153476560300900104
- Schaefer, F., Blazer, D., Carr, K., Connor, K., Burchett, B., Schaefer, C., & Davidson, J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in cross-cultural mission assignments. *Journal of Traumatic Stress, 20* (4), 529-539.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–126). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Schnurr, P. P. (2010). PTSD 30 years on. *Journal of Traumatic Stress, 23* (1), 1-2. doi : 10.1002/jts.20498.
- Skalská, K., Hanuška, Z., & Dubský, M. (2010). *Integrovaný záchranný systém a požární ochrana*. Praha: Ministerstvo vnitra-generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR.
- Slotje, P., Witteveen, A., Twisk, J., Smidt, N., Huizink, A., van Mechelen, W., & Smid, T. (2008). Post-disaster physical symptoms of firefighters and police officers: Role of types of exposure and post-traumatic stress symptoms. *British Journal of Health Psychology, 13*. 327-342. doi : 10.1348/135910707X198793
- Smith, S. G., & Cook, S. L. (2004). Are reports of posttraumatic growth positively biased? *Journal of Traumatic Stress, 17* (4), 353-358.
- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder nad posttraumatic growth in among Israeli Ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress, 20* (3). 303-312.

- Sperlingová, P. (2013). *Posttraumatická intervenční péče u záchranářů hasičského záchranného sboru*. Nepublikovaná diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika.
- Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D.S., Herbert, ... Southwick, S. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in World Trade Center rescue, recovery, and cleanup workers: The psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116 (9), 1248-1253. doi : 10.1289/ehp.11164
- Stockton, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (1), 85-92.
- Stump, M., & Smith, J. (2008). The Relationship between posttraumatic growth and substance use in homeless women with histories of traumatic experience. *The American Journal on Addictions*, 17 (6), 478-487. doi : 10.1080/10550490802409017.
- Šeblová, J., Kebza, V., & Vignerová, J. (2007). Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*, 11 (4), 404-416.
- Štětina, J. et al. (2000). *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada Publishing.
- Tache, J., & Selye, H. (1985). On stress and coping mechanisms. *Issues in Mental Health Nursing*, 7, 3-24.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (2), 158-164.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64, 873-898.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9* (3), 455-471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1-18.
- Thomas, E., Saumier, D., & Brunet, A. (2012). Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: A meta analysis. *Canadian Journal of Psychiatry, 57* (2), 122-129.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23* (1), 16-23.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [ÚZIS] (2014). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize: Tabeleární část, aktualizovaná druhá verze k 1.4.2014*. Překlad: Retrieved May 11, 2014, from: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd.4. Praha: Portál.
- Veselá, I. (2008). *Krize a posttraumatický růst: Možnosti a metafory krize*. Nepublikovaná rigorózní práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha, Portál.
- Vrbová, Z., & Dohnal, D. (2010). *Aktualizace koncepce psychologické služby Hasičského záchranného sboru ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra – Generální ředitelství HZS.
- Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehler, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry, 155* (12), 1727-1732.

- Waysman, M., Schwarzwald, J., & Solomon, Z. (2001). Hardiness: An examination of its relationship with positive and negative long term changes following trauma. *Journal of Traumatic Stress, 14* (3), 531-538.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of event scale - revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weiss, D. S. (2004_a). Structured clinical interview techniques for PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 103-121). New York: Guilford Press.
- Weiss, D. S. (2004_b). The Impact of event scale - revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 168-189). New York: Guilford Press.
- Witchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 357-376.
- World Health Organization [WHO] (2010). International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Retrieved May 11, 2014, from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- World Health Organization [WHO] (2015). International classification of diseases (ICD). Retrieved February 18, 2015, from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Wray, H. (2015). The psychology of the firefighter. *The Huffington Post: Science blog*. Retrieved March 2, 2015, from: http://www.huffingtonpost.com/wray-herbert/the-psychology-of-the-fir_b_6745506.html
- Zákon č.133/1985 Sb., o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů ČR. 17. 12. 1985. Retrieved March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=133~2F1985&rpp=15#seznam>
- Zákon č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů. In Sbíрка zákonů ČR. 28. 6. 2000. Retrieved

March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=238~2F2000&rpp=15#sezna>

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. In Sbíрка zákonů ČR. 28. 6. 2000. Retrieved March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=239~2F2000&rpp=15#seznam>

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky. In Sbíрка zákonů ČR. 17. 6. 2008. Retrieved March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=273~2F2008&rpp=15#seznam>

Zákon č. 374/2011 Sb., o Zdravotnické záchranné službě. In Sbíрка zákonů ČR. 6. 11. 2011. Retrieved March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=374~2F2011&rpp=15#seznam>

Zákon č. 240/2000, o krizovém řízení a o změně některých zákonů. In Sbíрка zákonů ČR. 28. 6. 2000. Retrieved March 3, 2015, from: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=240~2F2000&rpp=15#seznam>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006_a). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006_b). Posttraumatic growth and psychotherapy. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (pp. 334-354). Mahwah: Erlbaum.

Seznam příloh

- Příloha 1. Pokyn generálního ředitele HZS ČR a náměstka ministerstva vnitra ke zřízení posttraumatické intervenční péče
- Příloha 2. Dotazník BeSeCu-FR
- Příloha 3. Procentuální zastoupení hasiči uváděných nejvíce stresujících událostí
- Příloha 4. Přehled průměrných skóre hlavních proměnných dle jednotlivých zemí

Příloha 1

38
P O K Y N
generálního ředitele Hasičského záchranného sboru České republiky
a náměstka ministra vnitra
ze dne 8. září 2003,

kterým se zřizuje systém poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních úkolů

K zabezpečení poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům Hasičského záchranného sboru České republiky, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních úkolů,

I . s t a n o v í m

Čl. 1

Úvodní ustanovení

Tímto pokynem se v Hasičském záchranném sboru České republiky (dále jen „HZS ČR“) zřizuje decentralizovaný systém posttraumatické intervenční péče. Upravuje se zřízení a činnost intervenčního týmu, práva a povinnosti členů intervenčního týmu a poskytování posttraumatické intervenční péče příslušníkům HZS ČR.

Čl. 2

Vymezení pojmů

Pro účely tohoto pokynu se rozumí

- a) posttraumatickou intervenční péčí péče poskytnutá příslušníkovi HZS ČR, který v souvislosti s plněním služebních úkolů prožil traumatizující událost, která může negativně ovlivnit jeho další výkon služby¹⁾,
- b) traumatizující událostí zátěžová situace, kterou může být zejména vlastní zranění, zranění či smrt kolegy, pohled na usmrcení osob či jejich těžká zranění,
- c) bezodkladnou primární pomocí bezprostřední užití prostředků, jejichž cílem je zmírnění následku traumatizující události,
- d) následnou péčí další nutná opatření poskytnutá po bezodkladné primární pomoci nebo dle potřeby a zhodnocení situace,
- e) intervenčním týmem skupina zajišťující poskytování posttraumatické intervenční péče složená z vyškolených příslušníků a občanských zaměstnanců HZS ČR (dále jen „pracovník“) a vyškolených mimoresortních externích poradců (např. duchovních, které

¹⁾ Viz § 3 písm. c) zák. č. 186/1992 Sb., o služebním poměru příslušníků Policie České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a § 155 tohoto zákona, který odkazuje na ustanovení § 132 odst. 1 a § 132a odst. 1 a odst. 4 zák. č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha 1

vysílá Ekumenická rada církví a Česká biskupská konference), jmenovaných služebním funkcionářem s personální pravomocí (dále jen „služební funkcionář“),

- f) koordinátorem příslušník HZS ČR, který je nedílnou součástí intervenčního týmu; odborně vyškolený poskytovatel intervenční péče, zpravidla psycholog hasičského záchranného sboru kraje, který odpovídá za činnosti uvedené v čl. 5.

Čl. 3

Poskytování posttraumatické intervenční péče

(1) Poskytování posttraumatické intervenční péče zajišťují členové intervenčních týmů zřízených u hasičských záchranných sborů krajů (dále jen „HZS krajů“) a u MV-generálního ředitelství HZS ČR (dále jen „MV-GŘ HZS ČR“) pro případy mimořádných událostí většího rozsahu²⁾.

(2) Úkolem členů intervenčního týmu je provést v přímé časové souvislosti s traumatizující událostí bezodkladnou primární pomoc a v případě potřeby v následujících dnech a týdnech následnou péči příslušníkovi HZS ČR a seznámit jej s možnostmi dlouhodobé pomoci prostřednictvím dalších odborníků.

(3) Koordinaci činnosti intervenčního týmu zajišťuje jmenovaný koordinátor.

(4) Metodické řízení a odbornou přípravu členů intervenčních týmů garantuje hlavní psycholog HZS ČR.

Čl. 4

Zřízení intervenčního týmu

(1) Koordinátory intervenčních týmů jmenuje generální ředitel HZS ČR a náměstek ministra vnitra na návrh hlavního psychologa HZS ČR.

(2) Členy intervenčního týmu zřízeného u HZS kraje jmenuje jeho ředitel z pracovníků se služebním působištěm v územní působnosti HZS kraje. Členy intervenčního týmu zřízeného u MV-GŘ HZS ČR jmenuje generální ředitel HZS ČR a náměstek ministra vnitra.

(3) Návrh na jmenování členů intervenčního týmu zřízeného u HZS kraje zpracovává koordinátor podle přihlášek uchazečů o členství a předkládá jej řediteli HZS kraje; v případě intervenčního týmu zřízeného u MV-GŘ HZS ČR generálnímu řediteli HZS ČR a náměstkovi ministra vnitra.

(4) Uchazeč o členství v intervenčním týmu předkládá přihlášku koordinátorovi prostřednictvím nadřízeného služebního funkcionáře, který na ní uvede své stanovisko.

(5) Členové intervenčních týmů jsou vybíráni formou strukturovaného rozhovoru a následně absolvují odbornou přípravu k poskytování posttraumatické intervenční péče.

(6) Členové intervenčního týmu jsou zařazeni na stávajících systemizovaných služebních nebo pracovních místech a funkcích. Poskytování posttraumatické intervenční péče se

²⁾ Přehled událostí tvoří přílohu tohoto pokynu.

Příloha 1

považuje za nedílnou součást výkonu služby či výkonu práce. Popis funkční náplně příslušníka HZS ČR, který je členem intervenčního týmu, se doplňuje v souladu s tímto pokynem.

(7) Člen intervenčního týmu může být z intervenčního týmu uvolněn na vlastní žádost nebo může být na návrh koordinátora odvolán služebním funkcionářem, který jej za člena intervenčního týmu jmenoval.

Čl. 5

Koordinátor

Koordinátor, který odpovídá za činnost intervenčního týmu, zejména zajišťuje

- a) předkládání návrhů na jmenování a odvolání členů intervenčního týmu,
- b) registr členů intervenčního týmu,
- c) evidenci materiálně technického zabezpečení intervenčního týmu,
- d) spolupráci s ostatními intervenčními týmy,
- e) požadavky na odborné materiály a odbornou přípravu členů intervenčního týmu,
- f) vedení evidence poskytnuté intervenční péče v souladu se zvláštním právním předpisem³⁾,
- g) průběžnou spolupráci intervenčního týmu s dalšími odbornými pracovišti (i mimo-resortními).

Čl. 6

Činnost intervenčního týmu

(1) Činnost člena intervenčního týmu při poskytování posttraumatické intervenční péče, při účasti na poradách a odborné přípravě a dalších činnostech souvisejících s členstvím v intervenčním týmu, se posuzuje jako výkon služby nebo výkon práce.

(2) Člen intervenčního týmu nesmí být znevýhodňován z důvodů své činnosti v intervenčním týmu.

(3) Členové intervenčního týmu vycházejí z etických zásad pomáhající profese, řídí se právními normami a využívají své odborné kvalifikace. Ve své činnosti a rozhodování jsou nezávislí. Členové intervenčního týmu jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech souvisejících s činností intervenčního týmu a zachovávat anonymitu příslušníka HZS ČR, kterému posttraumatickou péči poskytli.

(4) Je-li člen intervenčního týmu požádán o poskytnutí posttraumatické intervenční péče nebo považuje-li poskytnutí této péče ze své strany za nabídnuté, požádá osobně služebního funkcionáře o uvolnění k jejímu poskytnutí; ten jej uvolní, pokud tomu nebrání naléhavé služební nebo pracovní úkoly.

(5) V případě náhlé a neočekávané potřeby poskytnutí posttraumatické intervenční péče je člen intervenčního týmu povinen požádat služebního funkcionáře neprodleně o uvolnění.

(6) Cesty, jichž je poskytnutí posttraumatické intervenční péče zapotřebí, jsou

³⁾ Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha 1

posuzovány jako služební nebo pracovní.

(7) Posttraumatickou intervenční péčí je třeba poskytovat v době služby či v pracovní době. Nebude-li to možné, rozhodne služební funkcionář s ohledem na okolnosti konkrétního případu a v souladu s platnou právní úpravou, zda doba poskytnutí posttraumatické intervenční péče bude dobou nad rámec doby služby a bude uznána jako práce přesčas.

(8) Posttraumatickou intervenční péčí je možné poskytovat na pracovišti příslušníka HZS ČR, na pracovišti člena intervenčního týmu nebo na jiném místě, pokud o to příslušník HZS ČR požádá nebo člen intervenčního týmu uzná za vhodné.

Čl. 7

Žadatelé o poskytnutí posttraumatické intervenční péče

(1) O poskytnutí posttraumatické intervenční péče je oprávněn požádat každý příslušník HZS ČR již v průběhu traumatizující události nebo v kterékoliv době po jejím ukončení.

(2) O poskytnutí posttraumatické intervenční péče žádá příslušník HZS ČR podle svého uvážení přímo některého člena intervenčního týmu nebo může požádat o zprostředkování koordinátora, operačního důstojníka, služebního funkcionáře apod.

(3) O poskytnutí posttraumatické intervenční péče příslušníkovi HZS ČR je oprávněn požádat služební funkcionář kdykoliv, zejména v přímé časové souvislosti s traumatizující událostí.

Čl. 8

Materiální a organizační zabezpečení posttraumatické intervenční péče

Na vyžádání člena intervenčního týmu jsou příslušní sklužební funkcionáři povinni bez zbytečného prodlení zabezpečit provedení posttraumatické intervenční péče materiálně, např. poskytnutím služebních motorových vozidel, vyhovující místnosti s odpovídajícím vybavením, a také organizačně, např. uvolněním od plnění stávajících povinností, nejde-li o povinnosti naléhavé nebo závažné.

Čl. 9

Spolupráce s církevními organizacemi

Spolupráce s Ekumenickou radou církví a Českou biskupskou konferencí v oblasti poskytování posttraumatické intervenční péče bude upravena samostatnou dohodou.

Čl. 10

Odborná příprava uchazečů o členství a členů intervenčního týmu

Uchazeči o členství a členové intervenčního týmu jsou povinni zúčastňovat se odborné přípravy a akcí organizovaných koordinátory a hlavním psychologem HZS ČR a jsou povinni sami dbát o svůj odborný růst.

Příloha 1

Čl. 11

Společná a závěrečná ustanovení

(1) Seznam členů intervenčního týmu zřízeného u HZS krajů a u MV-GŘ HZS ČR, včetně jejich hodností a titulů, a kontaktní telefony a adresy, musí být kdykoliv k dispozici příslušníkům HZS ČR na všech ředitelstvích, územních odborech a stanicích HZS krajů a na všech operačních střediscích HZS ČR.

(2) Příslušník HZS ČR nesmí být žádným způsobem znevýhodňován v souvislosti s poskytnutím posttraumatické intervenční péče.

(3) Součástí systému poskytování posttraumatické péče je i Anonymní telefonní linka pomoci v krizi;

II. u k l á d á m

služebním funkcionářům a vedoucím pracovníkům HZS ČR

- a) při poskytování posttraumatické intervenční péče postupovat dle tohoto pokynu,
- b) seznámit s tímto pokynem příslušníky a občanské zaměstnance HZS ČR ve své podřízenosti.

Tento pokyn nabývá účinnosti dnem vydání.

Č.j.: PO-2785/IZS-2003

Generální ředitel HZS ČR
a náměstek ministra vnitra
genmjr. Ing. Miroslav Štěpán
v z. náměstek generálního ředitele HZS ČR
plk. Ing. Václav Muchna v.r.

Obdrží:
HZS krajů
SOŠ PO a VOŠ PO MV ve Frýdku-Místku
MV-generální ředitelství HZS ČR

Příloha 1

Příloha
k Pokynu GŘ HZS ČR a NMV č. 38/2003

Traumatizující události, při kterých je zejména poskytována posttraumatická intervenční péče

Příslušník HZS ČR zažije:	Příslušník HZS ČR utrpí:	Příslušník HZS ČR způsobí:
<p><u>úmrťi nebo těžké poranění jiných osob jako přímý svědek události</u> (především u dětí nebo kolegů) např.</p> <ul style="list-style-type: none"> - obzvlášť tragické události - nehody s množstvím obětí - extrémně vypadající oběti - katastrofy - velké škodní události - svědek sebevraždy - „selhání záchranné mise“ 	<p><u>těžké ohrožení života nebo tělesné nedotknutelnosti</u></p> <p>např.</p> <ul style="list-style-type: none"> - vážná dopravní nehoda - přehřátí, poleptání - ozáření, intoxikace - infekce - zasypání, zavalení - popálení 	<p><u>smrt nebo těžké zranění někoho jiného</u></p> <p>např. v důsledku</p> <ul style="list-style-type: none"> - dopravní nehody - chybného rozhodnutí

Příloha 2



Mezinárodní výzkumný projekt BeSeCu Lidské chování při mimořádných událostech

JAK VAŠE ÚČAST POMŮŽE:

Cílem tohoto mezinárodního projektu je výzkum lidského chování při mimořádných událostech z mezikulturního hlediska. Výzkum je veden v 8 evropských zemích s lidmi, kteří měli bezprostřední zkušenost s bytovým požárem nebo požárem ve veřejné budově, s teroristickými útoky, povodněmi a zemětřesením. Kromě studia chování obětí potřebujeme zjistit zkušenosti hasičů, jako jsou například Vaše.

Informace od obětí a hasičů pomohou určit, kdy jsou komunikace a záchranné postupy účinné a kde mohou být zkvalitněny. Získané informace nám kromě toho pomohou prozkoumat potřebu universálního neverbálního „jazyka“ pro mimořádné situace.

CO POTŘEBUJETE VĚDĚT O DOTAZNÍKU:

Z vědeckého hlediska má chování kořeny v myšlenkách a emocích, stejně jako v osobních a kulturních faktorech a faktorech prostředí. Z tohoto důvodu se následující otázky zaměřují na všechny tyto aspekty. Zahrnutá témata pokrývají Vaše osobní i pracovní prostředí, Vaše pozorování chování obětí, komunikaci na místě a nakonec se zaměřují na složitější a stresové typy událostí.

Některé otázky se Vám mohou zdát značně osobní nebo nesouvisející s Vámi a Vašimi zkušenostmi. Mějte ale prosím na mysli, že potřebujeme v dostatečné hloubce prozkoumat odlišné situace v různých zemích, stejně tak jako Váš specifický případ. Prosím odpovězte na všechny otázky.

Vyplnění samotného dotazníku Vám zabere přibližně 30–40 minut. Účast na projektu je zcela dobrovolná. Pokud se rozhodnete zúčastnit, můžete klidně kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Jestliže se rozhodnete nezapojit se nebo odstoupit od účasti, nebude to pro Vás mít žádné důsledky.

Výzkumní pracovníci budou nakládat se všemi informacemi, které o Vás v tomto dotazníku získají, jako s důvěrnými. Mimo to budou Vaše data v případě šíření ve zprávách, člancích, prezentacích apod., používána anonymně.

Pro další informace, nebo pokud máte jakékoli otázky, prosím navštivte naše webové stránky www.besecu.de nebo prosím volejte či pište následující kontaktní osobě: Doc. PhDr. Marek Preiss, PhD. (preiss@pcp.lf3.cuni.cz; 266 003 338; adresa: Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, Praha 8 – Bohnice, 181 03, Česká republika).

Příloha 2

Abyste byl/a způsobilý/á účastnit se této studie, musí být splněna všechna následující kritéria. Zaškrtněte prosím každé okénko, které ve Vašem případě platí.

V současné době jsem hasič a můj poslední zásah nebyl více jak před 10 lety.

Je mi 18 let nebo více.

Pokud pro Vás platí vše výše uvedené, podepište, prosím, souhlas s účastí na výzkumu.

Potvrzuji, že jsem byl o výzkumu informován a že jsem měl možnost ve vztahu k němu a k projektu klást otázky. Kdykoli mohu od výzkumu odstoupit. Informace budou zpracovány pracovníky výzkumu a budou dodržena všechna nezbytná pravidla na ochranu dat.

Rozumím a potvrzuji výše uvedené informace

Datum: ___/___/___ Podpis: _____

Datum vyplnění dotazníku: ___/___/___ (den/měsíc/rok)

Příloha 2

V PRVÉ ŘADĚ NĚKOLIK PODROBNOSTÍ O VÁS...

1. Jaké je Vaše pohlaví? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Muž Žena

2. Kolik Vám je let? *Prosím doplňte číslici.*

Je mi _____ let.

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Základní Střední s maturitou
 Střední bez maturity Vysokoškolské

4. Zkuste, prosím, odhadnout **Váš osobní čistý roční příjem** (Po odečtení jakýchkoliv srážek týkajících se platu, např. daně, pojistné na sociální zabezpečení). *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- méně než 115.157,4 Kč 115.157,4 – 246.765,9 Kč více než 246.765,9 Kč

5. V současnosti jste...? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Svobodný/á S partnerem Ženatý/vdaná
 Rozvedený/á Vdovec/vdova

6. Jaký je Váš rodný jazyk? *Prosím zaškrtněte vše hodící se.*

- Čeština Italština Švédština
 Angličtina Polština Turečtina
 Němčina Španělština
 Jiné (upřesněte to prosím): _____

7. Kde jste se narodili? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Česká republika Polsko Turecko
 Německo Španělsko Spojené království Velké Británie a Severního Irsku
 Itálie Švédsko
 Jiné (upřesněte to prosím): _____

8. Které země jste občanem? *Prosím zaškrtněte vše hodící se.*

- Česká republika Polsko Turecko
 Německo Španělsko Spojené království Velké Británie a Severního Irsku
 Itálie Švédsko
 Jiné (upřesněte to prosím): _____

9. Kde se narodila Vaše matka? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Česká republika Polsko Turecko
 Německo Španělsko Spojené království Velké Británie a Severního Irsku
 Itálie Švédsko
 Jiné (upřesněte to prosím): _____

Příloha 2

10. Kde se narodil Váš otec? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Česká republika | <input type="checkbox"/> Polsko | <input type="checkbox"/> Turecko |
| <input type="checkbox"/> Německo | <input type="checkbox"/> Španělsko | <input type="checkbox"/> Spojené království Velké Británie a Severního Irsku |
| <input type="checkbox"/> Itálie | <input type="checkbox"/> Švédsko | |
| <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte to prosím): _____ | | |

11. Jaký je Váš etnický původ? *Zaškrtněte prosím jen jednu možnost.*

- Čech
- Moravan
- Rom
- Slovák
- Jiný: Upřesněte to prosím: _____
- Smíšený: Upřesněte to prosím: _____

12. Jaké vyznáváte náboženství? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Žádné | <input type="checkbox"/> Křesťanství - katolické | <input type="checkbox"/> Křesťanství - protestantské |
| <input type="checkbox"/> Hinduismus | <input type="checkbox"/> Islám | <input type="checkbox"/> Judaismus |
| <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte to prosím): _____ | | |

13. Jak jste na tom celkově po zdravotní stránce? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost*

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| velmi dobře | dobře | Jde to | špatně | velmi špatně |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DĚKUJEME. NYNÍ VÁM POLOŽÍME PÁR OTÁZEK O VÁS A VAŠEM PRACOVNÍM ZAŘAZENÍ

14. V jakém pracovním poměru pracujete jako hasič při mimořádných událostech? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Na plný úvazek | <input type="checkbox"/> Na částečný úvazek | <input type="checkbox"/> Dobrovolný hasič (neplacený) |
|---|---|---|

15. Jste zodpovědný také za záchrannou zdravotnickou službu? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

16. Jaká je Vaše hodnost/funkce? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Výkonný hasič
- Vellí výkonný hasič

17. Kolik let pracujete jako hasič? *Prosím doplňte číslici.*

_____ let

18. Ve které zemi se Vaše hasičská stanice nachází? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Česká republika | <input type="checkbox"/> Polsko | <input type="checkbox"/> Turecko |
| <input type="checkbox"/> Německo | <input type="checkbox"/> Španělsko | <input type="checkbox"/> Spojené království Velké Británie a Severního Irsku |
| <input type="checkbox"/> Itálie | <input type="checkbox"/> Švédsko | |
| <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte to prosím): _____ | | |

Příloha 2

19. Ve kterém kraji je Vaše hasičská stanice? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> HZS hl. m. Prahy | <input type="checkbox"/> HZS Karlovarského kraje | <input type="checkbox"/> HZS Ústeckého kraje |
| <input type="checkbox"/> HZS Pardubického kraje | <input type="checkbox"/> HZS Moravskoslezského kraje | <input type="checkbox"/> HZS Zlínského kraje |
| <input type="checkbox"/> HZS Středočeského kraje | <input type="checkbox"/> HZS Královhradeckého kraje | <input type="checkbox"/> HZS Libereckého kraje |
| <input type="checkbox"/> HZS kraje Vysočina | <input type="checkbox"/> HZS Jihomoravského kraje | <input type="checkbox"/> ZÚ HZS Hlučín |
| <input type="checkbox"/> HZS Jihočeského kraje | <input type="checkbox"/> HZS Olomouckého kraje | <input type="checkbox"/> HZS Plzeňského kraje |

20. Kolik obyvatel žije ve městě/obci, v níž se nachází Vaše hasičská stanice? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- <20.000 20.000 – 100.000 100.000 – 1 milion > 1 milion

21. Kolik jste měli v minulosti přibližně zásahů týkajících se bytových požárů? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- 1-10 11-50 51-100 101-400 >400

22. Jaká je podle Vás pravděpodobnost, že se během výkonu své profese v budoucnosti setkáte s jednou z následujících mimořádných událostí? *Prosím odhadněte číselně. Každá kategorie může mít 100 %.*

- | | |
|--|-----------------------|
| Bytový požár | _____ % (hrubý odhad) |
| Požár ve veřejné budově | _____ % (hrubý odhad) |
| Teroristický útok | _____ % (hrubý odhad) |
| Záplavy | _____ % (hrubý odhad) |
| Zemětřesení | _____ % (hrubý odhad) |
| Dopravní nehoda (jakákoli nehoda na silnici) | _____ % (hrubý odhad) |

DĚKUJEME. NÁSLEDUJÍ OTÁZKY OHLEDNĚ VAŠICH ZNALOSTÍ A ZKUŠENOSTÍ S MIMOŘÁDNÝMI UDÁLOSTMI...

23. Kolik školení a výcviku máte s následujícími mimořádnými událostmi? *Prosím ohodnoťte každou situaci mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

	vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
Bytový požár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Požár ve veřejné budově	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teroristický útok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Záplavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zemětřesení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopravní nehoda (jakákoli nehoda při cestě)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

24. Kolik praktických zkušeností máte s následujícími mimořádnými událostmi? *Prosím ohodnoťte každou situaci mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

	vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
Bytový požár	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Požár ve veřejné budově	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teroristický útok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Záplavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zemětřesení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dopravní nehoda (jakákoli nehoda při cestě)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Byl Vám poskytnut hasičský výcvik v tom, jak se lidé chovají (např. obyvatelé, kolemstojící) při mimořádných situacích? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost..*

- Ano, dostatečný výcvik
- Ano, ale stál bych ještě o další výcvik
- Ne, žádný výcvik.

26. Byl Vám poskytnut hasičský výcvik v tom, jak byste měli komunikovat a chovat se k následujícím skupinám? *Prosím u každé skupiny zaškrtněte jednu možnost.*

	Ano, dostatečný výcvik	Ano, ale stál bych ještě o další výcvik	Ne, žádný výcvik
Děti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starší osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicapovaní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dospělí přistěhovalci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Jakou skupinu obyvatelstva Váš hasičský sbor aktivně vzdělává v bezpečnosti a prevenci vzniku požárů? *Prosím zaškrtněte vše hodící se.*

- Děti
- Starší osoby
- Handicapovaní
- Dospělí přistěhovalci
- Běžná populace
- Nikdo

DĚKUJEME. NYNÍ BYCHOM RÁDI ZNALI VÁŠ NÁZOR NA TO, JAKÁ JE PRAVDĚPODOBNOST, ŽE SE STANETE OBĚTÍ MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI...

Příloha 2

28. Jaká je podle Vás pravděpodobnost, že se v budoucnu **během výkonu služby** stanete obětí některé z následujících mimořádných událostí (např. uvíznutí během záchranné operace). *Prosím odhadněte číselně. Každá kategorie může mít 100%.*

Bytový požár	___% (hrubý odhad)
Požár ve veřejné budově	___% (hrubý odhad)
Teroristický útok	___% (hrubý odhad)
Záplavy	___% (hrubý odhad)
Zemětřesení	___% (hrubý odhad)
Dopravní nehoda (jakákoli nehoda při cestě)	___% (hrubý odhad)

29. Jaká je podle Vás pravděpodobnost, že se v budoucnu stanete obětí některé z následujících mimořádných událostí jako občan, když **nebudete** ve službě? *Prosím odhadněte číselně. Každá kategorie může mít 100%.*

Bytový požár	___% (hrubý odhad)
Požár ve veřejné budově	___% (hrubý odhad)
Teroristický útok	___% (hrubý odhad)
Záplavy	___% (hrubý odhad)
Zemětřesení	___% (hrubý odhad)
Dopravní nehoda (jakákoli nehoda při cestě)	___% (hrubý odhad)

DĚKUJEME. NYNÍ SE ZAMĚŘÍME NA CHOVÁNÍ OBĚTÍ BĚHEM MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ...

30. Níže je několik formulací, kterými personál záchranných složek obvykle popisoval chování obětí při mimořádných událostech. Prosím, přečtěte si každou reakci a ohodnoťte, jak často jste viděli, že oběti vykazovaly následující reakce. *Prosím u každé reakce ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Panické chování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opožděný začátek evakuace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neevakuují se vůbec, přestože je to nutné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Příliš pomalý přesun během evakuace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pohyb směrem k nebezpečí namísto od nebezpečí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesprávné zhodnocení situace (např. podcenění nebezpečí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neodpovídající priority (např. zdolávání požáru namísto evakuace)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podpurné chování (např. nabízení pomoci ostatním)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odmítání uposlechnutí pokynů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neporozumění zákrokům zasahujících složek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slovní útoky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fyzické útoky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

31. Když oběti vykazují nesprávné chování, jak moc to ovlivňuje Vaši práci během zásahu? *Prosím ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

vůbec ne trochu středně celkem hodně extrémně

32. Jak často jste se setkali s nesprávným chováním u obětí, které byly členy následujících skupin? *Prosím u každé skupiny ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Děti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starší osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handicapovaní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dospělí přistěhovalci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Běžná populace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Jak často se Vám obvykle kolemjdoucí pletou do Vaší práce? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

nikdy zřídka někdy často vždy

DĚKUJEME. NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY SE VZTAHUJÍ K OTÁZKÁM KOMUNIKACE PŘI MIMOPRÁVNÝCH UDÁLOSTECH...

34. Jak často Vám chybějí informace, které jsou potřebné k tomu, abyste účinně zvládli situaci? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

nikdy zřídka někdy často vždy

35. Které informace poskytnuté na místě mohou vést k **úspěšnějšímu** zásahu? Prosím přiřadte každé odpovědi číslíci od 1 (nejdůležitější) do 7 (nejméně důležité).

- _____ Konstrukce budovy
- _____ Přítomnost nebezpečných látek
- _____ Jsou-li v budově lidé se speciálními potřebami (např. postižení, neslyšící lidé)
- _____ Národnost zasažených lidí (např. abyste se připravili na odlišnosti různých jazyků)
- _____ Počet pohřešovaných lidí
- _____ Počet lidí v budově
- _____ Počet lidí, kteří potřebují evakuaci

36. Jak byste ohodnotili efektivnost komunikace hasičů s jinými záchrannými složkami během nouzových situací? *Prosím ohodnoťte u každé skupiny mezi "nikdy efektivní" a "vždy efektivní".*

	nikdy efektivní	zřídka efektivní	někdy efektivní	často efektivní	vždy efektivní
Kolegové hasiči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravotní záchranná služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ochrana obyvatel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

37. Jak často byste řekli, že se objevují komunikační obtíže během zásahu s následujícími skupinami? *Prosím ohodnoťte u každé skupiny mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
<input type="checkbox"/> Děti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Starší osoby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Handicapovaní	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dospělí přistěhovalci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Běžná populace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Pokud se vyskytnou komunikační obtíže s oběťmi, nakolik to ovlivňuje Vaši práci během zásahů? *Prosím ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Jak často musíte použít sílu vůči lidem, kteří neposlouchají Vaše pokyny během zásahu? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Jak často komunikujete s oběťmi během zásahu následujícími způsoby? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Verbální komunikace tváří v tvář (t.j. osobně)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neverbální komunikace tváří v tvář – řeč těla/ruční signály	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neverbální komunikace tváří v tvář – obrazové znaky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slovní komunikace na dálku (např. megafon, místní rozhlas, interkomunikační zařízení)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telekomunikace (např. telefonní hovor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Jaký by podle Vás byl **nejúčinnější** způsob komunikace s oběťmi během situací evakuace, kde není verbální komunikace možná? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Řeč těla (např. ruční signály, gesta)
- Obrazové znaky/Piktogramy
- Digitální znaky/LCD displej

Příloha 2

42. Pokud není verbální komunikace během evakuace možná, která z následujících instrukcí by byla používána nejčastěji v podobě znaků nebo gest? *Prosím vyberte 10 znaků/gest, které jsou podle Vašeho názoru nejběžnější a nejužitečnější.*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zastavte se/stůjte | <input type="checkbox"/> Pozor | <input type="checkbox"/> Následujte mě |
| <input type="checkbox"/> Evakuujte se/opusťte budovu | <input type="checkbox"/> Utíkejte | <input type="checkbox"/> Uklidněte se |
| <input type="checkbox"/> Pomožte mi/jemu/jí | <input type="checkbox"/> Běžte touto/tou cestou | <input type="checkbox"/> Jste schopni jít? |
| <input type="checkbox"/> Pojdte sem | <input type="checkbox"/> Ustupte dozadu | <input type="checkbox"/> Jste zraněný? |
| <input type="checkbox"/> Běžte nahoru/po schodech | <input type="checkbox"/> Běžte dolů/po schodech | <input type="checkbox"/> Věci nechte být |
| <input type="checkbox"/> Lehněte si na zem | <input type="checkbox"/> Plazte se | <input type="checkbox"/> Pospíchejte |
| <input type="checkbox"/> Jiné (upřesněte to prosím): _____ | | |

43. Měly by podle Vašeho názoru být instalovány do budov speciální vizuální poplašná zařízení, aby upozornila neslyšící obyvatele na nouzovou situaci? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

- Ano Ne

DĚKUJEME. NYNÍ BYCHOM BYLI RÁDI, ABYSTE SE ZAMĚŘILI NA POŽÁRY VYSKYTUJÍCÍ SE V HROMADNĚ OBYDLENÝCH OBYTNÝCH BUDOVÁCH. TO JSOU BUDOVY, KTERÉ JSOU NĚKOLIK PATER VYSOKÉ, MAJÍ NEJMÉNĚ JEDEN SPOLEČNÝ SCHODIŠŤOVÝ VÝCHOD A JEJÍŽ OBYVATELÉ JSOU PŘEDEVŠÍM RODINY. PROSÍM MĚJTE BĚHEM ODPOVĚDÍ NA NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY NA MYSLI TENTO DRUH BYTOVÉHO POŽÁRU.

44. S kolika požáry v hromadně obydlených obytných budovách jste se během své kariéry setkali? *Prosím doplňte přesné nebo přibližné číslo. Pokud nikdy, doplňte, prosím, nulu.*

_____ → Pokud jste doplnili nulu, přejděte prosím k otázce 52.

45. Obecně, jak často je Vám předána následující informace před zahájením akce u takovýchto událostí? *Prosím ohodnoťte u každého typu informace mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Počet dalších hasičských vozidel jedoucích na místo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Počet jednotek (t.j. jednotlivých domácností) přímo zasažených ohněm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Počet lidí, kteří potřebují evakuovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil obětí (např. věk, kulturní základ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Předpokládaná příčina ohně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaký postup byl již použit k záchraně obětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaký postup je nutno použít k záchraně obětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

46. Nakolik obecně věříte následujícím zdrojům, že Vám poskytnou plné a správné informace při takové události? *Prosím u každé skupiny ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

	vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
Lidé telefonující na záchranné sbory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdravotní záchranná služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Další kolegové hasiči	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oběti uvnitř budovy přímo zasažené ohněm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolemstojící na místě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Nakolik následující faktory ovlivňují Vaše rozhodnutí a jednání při zdolávání požáru v hromadně obydlených obytných budovách? *Prosím u každého faktoru ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

	vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
Vaše předchozí zkušenosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Váš instinkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaše emoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Množství pro Vás dostupných informací	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vnímaný časový tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vnímaný společenský tlak od kolegů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vnímaný společenský tlak od veřejnosti na místě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil obyvatel (např. přistěhovalci, nižší socioekonomický status)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Když se pokoušíte zachránit obyvatele z hromadně obydlených obytných budov, co je nejspíše přiměje následovat Váš pokyn? *Prosím u každého tvrzení ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

	vůbec ne	trochu	středně	celkem hodně	extrémně
Uniforma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vytváření dojmu, že jste vyrovnaný a klidný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projevování empatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Křik, důraznost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plné informování o situaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navození pocitu u obyvatel, že hrají aktivní úlohu při své vlastní záchraně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

49. Obyvatelé úroveň ohrožení představovanou takovým požárem typicky přeceňují nebo podceňují? *Prosím ohodnoťte mezi "typicky podceňují" a "typicky přeceňují".*

typicky podceňují	ani nepodceňují- ani nepřeceňují	typicky přeceňují
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Pokud se Vaše vyhodnocení ohrožení liší od vyhodnocení obyvatel, jak často se snažíte jejich hodnocení sladit s Vaším? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Pokud se Vaše vyhodnocení ohrožení liší od vyhodnocení obyvatel, jak často musíte použít sílu? *Prosím ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DĚKUJEME. NYNÍ SE ZAMĚŘÍME NA TO, JAK SE VYROVNAVÁTE SE STRESEM NEBO EMOCEMI...

52. Když čelíte velmi složité mimořádné situaci, jak se **v dané chvíli** vyrovnáváte se stresem nebo emocemi? Níže je seznam strategií. *Prosím u každého tvrzení ohodnoťte mezi "nikdy" a "vždy".*

	nikdy	zřídka	někdy	často	vždy
Potlačuji emoce a soustředím se na zvládnutí mimořádné situace.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pokouším se uklidnit (např. počítám do 10).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozptýluji sám sebe, myslím na něco příjemného.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Používám humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obrátím se na kolegy pro emocionální podporu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Přijímám pocity, pomáhají mi v činnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám tendenci být přemožen pocity.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obracím se k víře (např. odříkám modlitbu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedělám nic, prostě je prožívám.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

DĚKUJEME. NYNÍ BYCHOM SE RÁDI ZAMĚŘILI NA VAŠE OSOBNÍ ZKUŠENOSTI S OHROŽENÍM A STRESEM VE VAŠEM PRACOVNÍM ŽIVOTĚ.

53. Jak často jste měli během výkonu svého povolání pocit, že byl Váš život ohrožen? *Prosím doplňte číslici. Pokud nikdy, doplňte, prosím, nulu.*

_____ krát → Pokud jste doplnili nulu, přejděte prosím k otázce 55.

54. Kdy jste zažili poslední událost, při které byl Váš život ohrožen? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

< před 1 rokem před 1-5 roky před 6-10 lety > před 10 lety

55. Jak často Vás trápil některý z uvedených problémů v **posledních 2 týdnech**?

	Vůbec ne	Několik dní	Více než polovinu dní	Téměř každý den
Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pocit, že jste na dně, pocit deprese nebo beznaděje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DĚKUJEME. NYNÍ BYCHOM VÁS RÁDI POŽÁDALI, ABYSTE SI ZNOVU VYBAVILI NEJVÍCE STRESUJÍCÍ MIMOŘÁDNOU SITUACI, KTEROU JSTE ZAŽILI BĚHEM POSLEDNÍCH 10 LET BĚHEM VÝKONU SVÉHO POVOLÁNÍ. MŮŽE SE JEDNAT O BYTOVÝ POŽÁR, TERORISTICKÝ ÚTOK, ZÁPLAVY, ZEMĚTŘESENÍ, DOPRAVNÍ NEHODU NEBO O JAKOUKOLI JINOU STRESUJÍCÍ SITUACI.

56. O jaký typ mimořádné události se jednalo? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

Bytový požár Požár ve veřejné budově Teroristický útok
 Zemětřesení Záplavy Dopravní nehoda
 Jiné (upřesněte to prosím): _____

57. Prosím popište krátce tuto situaci a její okolnosti.

58. Jak přesně si podle Vašeho pohledu pamatujete tuto situaci? *Prosím ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

vůbec ne trochu středně celkem hodně extrémně

59. Kdy se událost stala? *Prosím doplňte měsíc a rok.*

____ / _____ (měsíc/rok)

Příloha 2

60. Dále je uveden seznam obtíží, které lidé někdy mají po zátěžové životní situaci. Prosíme soustředte se nyní na vliv Vámi uvedené události na Vás a Váš psychický stav. Prosím přečtěte si pečlivě každé tvrzení a pak určete, jak moc Vám každá vadí **během posledních sedmi dnů**.

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Silně	Velmi silně
Každá vzpomínka mi vrací pocity, které jsem tehdy měl/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jsem potíže spát delší dobu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I jiné věci mi připomínají, co se stalo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítím se podrážděně a naštvane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snažím se vyhnout se rozrušení, když na to myslím, nebo když se mi to vrací.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myslím na to, i když nechci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítím, jako kdyby se to nestalo nebo jako kdyby to nebylo skutečné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snažil/a jsem se nevracet se ke vzpomínkám na to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obrazy té události se mi usadily v mysli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Byl/a jsem vylekaný/á a snadno rozklepaný/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zkusil/a jsem na to nemyslet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věděl/a jsem, že mám kolem toho spoustu pocitů, ale nezabýval/a jsem se tím.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje pocity okolo toho byly jakoby ztuhlé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zjistil/a jsem, že reaguji nebo se cítím stejně jako v době, kdy se to stalo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jsem problémy usnout.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl/a jsem návaly silných pocitů o této události.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snažil/a jsem se to vymazat z paměti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Špatně jsem se soustředil/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vzpomínky na událost mi způsobily fyzické reakce jako pocení, obtížné dýchání, zvracení nebo bušení srdce.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdálo se mi o tom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cítil/a jsem se nastraženě a v obraně.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snažil/a jsem se o tom nemluvit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha 2

61. Co Vás na této situaci stresovalo nejvíce? *Prosím upřesněte..*

62. Jak jste byli emocionálně zasaženi v nejhorším okamžiku této situace? *Prosím ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

vůbec ne trochu středně celkem hodně extrémně

63. Jak byste v té době ohodnotili ohrožení Vašeho vlastního života nejnebezpečnějšího okamžiku této situace? *Prosím ohodnoťte mezi "velmi nízké" a "velmi vysoké".*

velmi nízké nízké ani nízké-
ani vysoké vysoké velmi vysoké

64. Kolik praktických zkušeností jste měli s tímto druhem událostí? *Prosím ohodnoťte mezi "vůbec ne" a "extrémně".*

vůbec ne trochu středně celkem hodně extrémně

65. Utrpěli jste v této situaci nějaká vážná fyzická zranění? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

Ano Ne

66. Kolik dalších lidí bylo v této situaci vážně zraněno? *Prosím doplňte číslici. Pokud nebyl vážně zraněn nikdo, prosím vepište nulu.*

___ osob → Pokud jste vepsali nulu, prosím přejděte k otázce 68.

67. Znali jste některé z těchto osob? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

Ano Ne

68. Kolik při této situaci zemřelo osob? *Prosím doplňte číslici. Pokud nezemřel nikdo, prosím vepište nulu.*

___ osob → Pokud jste vepsali nulu, prosím přejděte k otázce 70.

69. Znali jste některou z těchto osob? *Prosím zaškrtněte pouze jednu možnost.*

Ano Ne

70. Od koho jste dostali po této situaci podporu? *Prosím zaškrtněte vše hodící se.*

Od nikoho Od kolegů Od partnera/
rodiny Od přátel Od odborníků

Příloha 2

71. Určete u každého tvrzení stupeň, ve kterém došlo ve Vašem životě ke změně jako důsledku krizové situace, s použitím této škály:

- 0= nepocítil/a jsem změnu v důsledku této krize
 1= prožil/a jsem změnu **ve velmi malé míře** v důsledku této krize
 2= prožil/a jsem změnu **v malé míře** v důsledku této krize
 3= prožil/a jsem změnu **ve střední míře** v důsledku této krize
 4= prožil/a jsem změnu **ve značné míře** v důsledku této krize
 5= prožil/a jsem změnu **ve velmi značné míře** v důsledku této krize

	0	1	2	3	4	5
Změnil/a jsem priority ohledně toho, co je v mém životě důležité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Více oceňuji hodnotu mého vlastního života.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokážu lépe nakládat se svým životem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lépe rozumím duchovním záležitostem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mám pocit větší blízkosti s druhými lidmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Našel/našla jsem si novou životní cestu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Více si uvědomuji, že dokážu zvládat potíže.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moje víra je silnější.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zjistil/a jsem, že jsem silnější než jsem myslel/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zjistil jsem, jak skvělí lidé existují.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DĚKUJEME. NÁSLEDUJÍCÍ OTÁZKY SE PTAJÍ NA TO, JAK VNÍMÁTE KVALITU SVÉHO ŽIVOTA, ZDRAVÍ NEBO JINÝCH OBLASTÍ VAŠEHO ŽIVOTA. PROSÍME, ABYSTE PŘEMÝŠLELI O SVÉM ŽIVOTĚ V POSLEDNÍCH DVOU TÝDNECH ...

72. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

- Velmi špatná Špatná Ani špatná ani dobrá Dobrá Velmi dobrá

73. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

- Velmi nespokojený/á Nespokojený/á Ani spokojený/á Ani nespokojený/á Spokojený/á Velmi spokojený/á

74. Máte dost energie pro běžný život?

- Vůbec ne Málo Přiměřeně Většinou Naprosto

75. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

- Velmi nespokojený/á Nespokojený/á Ani spokojený/á Ani nespokojený/á Spokojený/á Velmi spokojený/á

Příloha 2

76. Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

Velmi nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Ani spokojený/á Ani nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Spokojený/á <input type="checkbox"/>	Velmi spokojený/á <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--

77. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?

Velmi nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Ani spokojený/á Ani nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Spokojený/á <input type="checkbox"/>	Velmi spokojený/á <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--

78. Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

Vůbec ne <input type="checkbox"/>	Málo <input type="checkbox"/>	Přiměřeně <input type="checkbox"/>	Většinou <input type="checkbox"/>	Naprosto <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

79. Jak spokojený/á jste se svým bydlením?

Velmi nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Ani spokojený/á Ani nespokojený/á <input type="checkbox"/>	Spokojený/á <input type="checkbox"/>	Velmi spokojený/á <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--



TÍMTO DOTAZNÍK KONČÍ, DĚKUJEME VÁM!

Výsledky této studie budou řádně zveřejněny na webových stránkách BeSeCu (www.besecu.de).

V případě, že byste byl/a ochotný/á pokračovat v kontaktu s výzkumnými pracovníky v rámci této studie, prosím zanechte zde na sebe kontaktní telefonní číslo nebo emailovou adresu.

Vaše osobní údaje budou převedeny na pseudonym – tzn. Vaše jméno a telefonní číslo / emailová adresa budou nahrazeny kódem a uloženy odděleně od dotazníku.

Jméno: _____

Kontaktní číslo: _____

Emailová adresa: _____

Závěrem, pokud ve Vás tento dotazník vyvolal jakékoli myšlenky nebo pocity, o kterých byste si rádi s někým pohovořili, obraťte se prosím na tuto kontaktní osobu: PhDr. Marie Sotolářová (sotolarova@pcp.lf3.cuni.cz; 724 181 488).

Příloha 3

Tab. 12. Procentuální zastoupení hasiči uváděných nejvíce stresujících událostí

	Německo	Velká Británie	Španělsko	Švédsko	Polsko	Itálie	EU všichni	Česká republika
Bytový požár	37,4	41,8	24,7	29,8	30,5	11,9	28,1	19,4
Zemětřesení	0,3	1,5	0,7	1,7	0,0	20,1	6,0	1,0
Požár ve veřejné budově	5,2	14,8	8,0	11,1	7,3	6,9	7,5	12,7
Záplavy	3,9	1,5	0,7	1,1	11,3	6,3	5,1	11,4
Teroristický útok	0,1	2,6	0,0	1,1	0,5	0,0	0,5	0,7
Dopravní nehoda	34,2	25,5	35,3	30,4	38,0	30,7	32,9	40,8
Jiné	15,5	10,7	27,3	19,9	10,5	16,7	15,7	11,4
Nevyplněno	3,4	1,5	3,3	5,0	1,9	7,4	4,2	2,7

Příloha 4

Tab 13. Přehled průměrných skóre v IES-R a PTGI dle jednotlivých zemí

	IES-R_1	IES-R_2	IES-R_3	IES-R_Sum	PTGI_Sum
Česká republika	4,78	4,01	1,77	10,59	16,71
Německo	3,63	4,29	2,00	9,90	13,74
Velká Británie	3,25	3,84	1,58	8,64	9,56
Španělsko	2,69	3,69	1,39	7,50	13,31
Švédsko	1,08	2,83	,50	4,36	13,16
Polsko	7,47	6,27	3,75	17,45	8,57
Itálie	4,64	5,81	2,92	13,34	11,43